

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04.12.2018.Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ТОЖИБОЕВ АҚМАЛХОН АБДУРАХМАНОВИЧ

**НАЙСИМОН СУЯКЛАРНИНГ ГИГАНТ ҲУЖАЙРАЛИ
ЎСМАЛАРИНИ КАМИНВАЗИВ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ
УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.14 – Онкология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PHD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Тожибоев Акмалхон Абдурахманович Найсимон суякларнинг гигант ҳужайрали ўсмаларини каминвазив комплекс даволаш усулларини такомиллаштириш	3
Тожибоев Акмалхон Абдурахманович Совершенствование комплексного малоинвазивного лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей.....	23
Tojiboev Akmalkhon Abdurakhmanovich Improvement of complex minimally invasive treatment of giant cell tumor of tubular bones.....	43
Эълон қилинган ишлар рўйхати Список опубликованных работ List of published works	46

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04.12.2018.Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ТОЖИБОЕВ АҚМАЛХОН АБДУРАХМАНОВИЧ

**НАЙСИМОН СУЯКЛАРНИНГ ГИГАНТ ҲУЖАЙРАЛИ
ЎСМАЛАРИНИ КАМИНВАЗИВ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ
УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.14 – Онкология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PHD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2018.2.PhD/Tib659 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.cancercenter.uz) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Гафур-Ахунов Мирза-Али Алиёрович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Юсупбеков Аброрбек Ахмаджанович
тиббиёт фанлари доктори

Хўжаназаров Илҳом Эшқулович
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

**Россия Федерацияси соғлиқни сақлаш вазирлиги
“Н.Н.Блохин номидаги онкология Миллий тиббий
тадқиқот маркази” ФДБМ**

Диссертация химояси Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04.12.2018.Tib.77.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2019 йил «___» _____ соат ___ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100174, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси, 383-уй. Тел.: (+99871) 227-13-27; (+99871) 246-15-96; e-mail: info@ronc.uz, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100174, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси, 383-уй. Тел.: (+99871) 246-05-13; факс: (+99871) 246-29-78.

Диссертация автореферати 2019 йил «___» _____ да тарқатилди.

(2019 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

М. Н. Тилляшайхов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

А. А. Адилходжаев

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

М. Х. Ходжибеков

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра суякнинг гигант хужайрали ўсмаси (ГХЎ) асосан меҳнатга лаёқатли ёшдаги кишиларда учрайдиган агрессив, рецидивланувчи ва метастазлар берувчи ўсма ҳисобланади ҳамда яхши сифатли ўсмаларнинг 15,1% ва барча бирламчи суяк ўсмаларининг 3,9%-10% ни ташкил этади. Нотўғри даволанганда беморларнинг 50%да ўсманинг рецидивлари кузатилади. Кейинги йилларда ўтказилган тадқиқотларга асосан «...гигант хужайралари ўсмага яхши сифатли ўсма сифатида қаралиши қайта кўриб чиқилган ва ҳозирда мазкур ўсма агрессив ўсмалар қаторига киритилган. ГХЎга чалинган деярли 40% беморларда ўсманинг ёмон сифатли белгилари биринчи рецидивдаёқ намоён бўлади ва ҳатто ГХЎнинг ёмон сифатли морфологик белгилари мавжуд бўлмаган 1-2% ҳолатларда ўпка ва бошқа аъзоларга метастаз беради...»¹. Даволашнинг асосий усули сифатида жарроҳлик усули тан олинганлиги қарамасдан, оммавий даво усули йўқ. Турли пластик материаллар (ауто-аллосуяк, мушак)дан фойдаланган ҳолда аъзосақловчи ва остеопластик амалиётларга устунлик берилади. Бирок, биологик келиб чиқишга эга трансплантатларни қўллаш билан ўтказиладиган остеопластик амалиётлар амалиётдан кейинги даврда кўплаб асоратларга олиб келади: «...трансплантатнинг сўрилиб кетиши ёки кўчиши, яранинг инфицирланиши, шунингдек меҳнат қобилиятининг йўқолиши билан узоқ муддатли реабилитация даври шулар жумласидандир. Шу билан бир қаторда ўсманинг ўсиш механизмини турли-туманлиги, ноаниқлиги, анатомик соҳанинг бошқа касалликлари билан дифференциал ташҳислаш мураккаблигига қарамасдан, соҳага оид илмий ишлар нисбатан кам ва рецидивлар учраши юқорилигича қолмоқда...»².

Жаҳонда найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини комплекс каминвазив даволашни такомиллаштиришга эришиш мақсадида қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада олиб борилаётган тадқиқотлар найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларида криотаъсир ва цементопластикани қўллаш, найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларида ўтказиладиган суяк-пластик амалиётларида криотаъсир ва цементопластиканинг самарадорлигини баҳолашдан иборат. Найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларида аъзосақловчи суяк-пластик амалиётларнинг турли усуллари ҳамда найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмалари билан беморларда жарроҳлик амалиётининг турли усулларида юзага келадиган асоратларни, найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини ташҳислаш ва аъзосақловчи каминвазив усуллар ёрдамида янгича даволаш усуллари ишлаб чиқиш алоҳида аҳамият касб этади.

¹ Блудов А.Б. ва ҳаммуаллифлар. Суякнинг гигант хужайрали ўсмаси // Журнал «Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи». – 2014. - №1. 16-34 б.

²Алиев М.Д. Суякларнинг бирламчи хавфли ўсмалари // Вестник Московского онкологического общества, №5, 2008. 4-6 б.

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, хавfli ўсма касалликларини камайтириш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги 5590-сонли Фармонида «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори техноологик усулларни жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспасеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қуваатлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»³ каби вазифалари белгиланган. Ушбу вазифалар аҳоли онкологик касалликларини ташхислаш ва даволашда замонавий тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтариш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали ўсма касалликларни камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947 сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги, 2017 йил 4 апрелдаги ПҚ-2866–сон «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасида онкология хизматини янада ривожлантириш ва аҳолига онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларга мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ҳозирги кунга қадар найсимон суякларнинг бирламчи ўсмалари ва ўсмасимон шикастларида аъзосақловчи жарроҳлик амалиётини танлашга ягона ёндошув, найсимон суякларнинг гигант ҳужайрали ўсмаларида аъзосақловчи, айниқса криотаъ-сир ва цементопластика амалиётлари учун беморларни ажратиш мезонлари мавжуд эмас. Суяқ азот қўлланилганда маҳаллий рецидивлар частотаси атиги 2-3%, бироқ кюретажда мазкур кўрсаткич 17-60%ни ташкил этади.

Ван дер Хейджен ва ҳаммуаллифлар (2014) адьювант модда

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони

қўлланилмай ўтказилган кюретаждан сўнг рецидивнинг энг юқори даражаси аниқланганлигини кўрсатишган (тахминан 42%). Лекин, фенол ва полиметилметакрилатни маҳаллий қўллаш билан ўтказилган кюретаждан сўнг рецидивлар даражаси 33%га етган, криожарроҳлик ва полиметилметакрилатдан фойдаланиш натижасида мазкур кўрсаткични 0% дан 20% гача камайишига эришиш мумкин. Остеопластик амалиётлар вақтида гигант хужайрали ўсмани олиб ташлангандан сўнг суяк бўшлиғи деворига интраоперацион криотаъсир ўтказиш усулини қўлланилиши суяк резекцияси амалга оширилган беморларга нисбатан ўсманинг рецидивлианишини 17,8% ва метастазлар сонининг 18,2% камайтириш имконини беради.

Ш. М. Мўминовнинг диссертация ишида (2004) суяк трансплантатлари (асосан ауотрансплантатлар)ни қўллаш билан хирургик даволаш, шунингдек йирик бўғимларни эндопротезлаш ва узун найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларида амалга оширилган компрессион-дистракцион остеосинтез натижалари қиёсий таҳлил қилинган. Бироқ, муаллиф томонидан криотаъсир ва цементопластикани қўллаш билан ўтказилган пластик амалиёт натижалари ўрганилмаган.

Шундай қилиб, найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларида остеопластик амалиётларнинг оптимал ҳажми ва усулини танлаш оператив даволашдаги муҳим қадам ҳисобланади, чунки нотўғри даволаш рецидивлар ва чўлоқликка олиб келади.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган Онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг илмий-тадқиқот ишлари режалари АДСС 15.9.3 «Клиник онкологияда реконструктив-тиклаш жарроҳлик амалиётларини янги технологияларини яратиш ва такомиллаштириш» мавзусидаги грант лойиҳаси (2015-2017) доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади хирургик даволашнинг каминвазив усулларини қўллаш йўли билан найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини даволаш натижаларини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларида криотаъсир ва цементопластикани қўллашга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни аниқлаш;

найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларида ўтказиладиган суяк-пластик амалиётларида криотаъсир ва цементопластиканинг самарадорлигини баҳолаш;

найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларида аъзосакловчи суяк-пластик амалиётларнинг турли усуллари натижаларини қиёсий таҳлил қилиш;

найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмалари билан беморларда жарроҳлик амалиётининг турли усулларида юзага келадиган асоратларни баҳолаш;

найсимон суякларнинг гигант ҳужайрали ўсмаларини ташҳислаш ва аъзосақловчи каминвазив усуллар ёрдамида даволаш тактикаси алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2005-2018 йилларда Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази ва унинг Тошкент шаҳар ва Наманган вилоят филиаллари клиникаларида гигант ҳужайрали ўсма ташҳиси билан стационар шароитида даволанган 247 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб клиник, лаборатория ва инструментал, морфологик, комплекс нур ташҳис текширувлар, математик ҳисоблар натижалари хизмат қилган.

Тадқиқот усуллари. Илмий тадқиқот ўтказиш жараёнида умумклиник, биокимёвий, умумортопедик, ультратовуш, нурли, морфологик текширувлар ва статистик тадқиқот усуллари қўлланган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

найсимон суякларнинг гигант ҳужайрали ўсмаларини оператив даволашда криотаъсир ва цементопластиканинг самарадорлиги аниқланган;

найсимон суякларнинг гигант ҳужайрали ўсмаларида комплекс текшириш натижасида жарроҳлик амалиётини режалаштириш ва амалга ошириш мезонлари ишлаб чиқилди, текшириш усулларида найсимон суякларнинг кортикал каватининг ҳолати, суяк кўмиги ва юмшоқ тўқиманинг зарарланиши ҳамда даволаш тактикасини белгилашдаги аҳамияти кўрсатиб берилган.

найсимон суякларнинг гигант ҳужайрали ўсмаларида аъзосақловчи суяк-пластик амалиётларида суяк аутопластикаси, цементопластика ва криотаъсирдан сўнг ўсманинг рецидивлашувини юзага келиш сабаблари қиёсий баҳоланган;

криотаъсир ва цементопластикани қўллаш билан найсимон суякларнинг гигант ҳужайрали ўсмаларини оператив даволашнинг каминвазив усуллари такомиллаштирилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

найсимон суякларнинг гигант ҳужайрали ўсмаларини хирургик даволаш тактикасига янгича ёндошувлар ишлаб чиқилган;

найсимон суякларнинг гигант ҳужайрали ўсмаларида хирургик даволаш усулини танлаш, рецидив ва метастазларни олдини олиш бўйича аниқ даволаш тизими ишлаб чиқилган;

суяк цементи ва криотаъсирни қўллаш билан аъзосақловчи даволаш усулини танлаш учун мезонлар ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий, ўзаро бир-бирини тўлдирувчи клиник-экспериментал, функционал, биокимёвий, морфологик ва статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, найсимон суякларнинг гигант

хужайрали ўсмаларини комплекс каминвазив даволашда янги ёндошувларни такомиллаштириш бўйича олиб бориш тартиби халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг назарий аҳамияти шундан иборатки, катта миқдордаги клиник материални қиёсий таҳлил қилиш асосида хирургик даволашнинг ҳар хил усуллари натижалари ўрганилган, найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларида тиббий цемент ва криотаъсирни қўллаш билан аъзосакловчи даволашни ўтказиш учун кўрсатма ва қарши кўрсатмалар аниқланган. Ўсманинг жойлашиши, рентгенологик манзараси ва гистологик структурасини ҳисобга олган ҳолда цементоластика ва криотаъсирнинг самарадорлиги исботланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шу билан аниқланадики, ишлаб чиқилган комбинирланган каминвазив хирургик даволаш усуллари (экскохлеация + цементоластика, экскохлеация + криотаъсир + цементоластика) анъанавий даволаш (экскохлеация + аутоластика) усулига нисбатан ўсма рецидивларининг учраш частотасини 2,1 дан 4,2 мартагача камайтириш ва яхши функционал натижаларга эришилишини таъминлаган. Замонавий ташҳисот усуллари (МСКТ, МРТ) оператив амалиётнинг ҳажми ва характерини аниқлаш учун дифференциал ёндошиш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини комплекс каминвазив даволашни такомиллаштиришга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларида каминвазив даволаш усуллари қўллаш» услубий тавсияномаси тасдиқланган ва соғлиқни сақлаш амалиётига татбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 5 июндаги 8н-р/161-сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма цементоластик ва криотаъсирдан фойдаланган ҳолда каминвазив суяк-ластик амалиёт усуллари техникасини такомиллаштириш имконини берган;

найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини комплекс каминвазив даволашни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Наманган вилояти филиали бўлимлари амалий фаолиятига татбиқ қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 24 январдаги 8н-з/6-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тадқиқот натижалари асосида найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини хирургик даволаш усуллари такомиллаштириш беморларга ихтисослашган юқори технологияли тиббий ёрдам кўрсатиш доирасини кенгайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари илмий-амалий анжуманларда, жумладан 4 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 32 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 8 та мақола, улардан 6 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 107 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация иши мавзусининг долзарблиги ва зарурати асослаб берилган, мақсад ва вазифалар шакллантирилган, тадқиқот объекти ва предмети белгилаб берилган, тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, натижаларнинг илмий янгилиги ва амалий аҳамияти баён этилган, тадқиқотда олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, тадқиқот натижаларини амалиётга татбиқ этилганлиги, илмий иш натижалари асосида чоп этилган ишлар ва диссертация тузилиши ҳақидаги маълумотлар акс эттирилган.

Диссертациянинг **«Найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини ташҳислаш ва даволашнинг замонавий ҳолати»** деб номланган биринчи бобида гигант хужайрали ўсмаларнинг этиологияси, патогенези, даволаш усуллари ва асоратлари, онкологик ва травматологик амалиётдаги аҳамияти, шунингдек терминологияси ва таснифини ўз ичига олувчи мазкур патология муаммосининг замонавий ҳолати бўйича дунё адабиётлари маълумотларининг батафсил таҳлили келтирилган.

Диссертациянинг **«Найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини комплекс каминвазив даволаш материал ва усуллари»** деб номланган иккинчи бобида найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаси ташҳиси билан ЎзР ССВ Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази таянч-ҳаракат аппарати ўсмалари хирургияси бўлимида, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Тошкент шаҳар филиали, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Наманган вилоят филиалларида 2005 йилдан 2018 йилгача бўлган муддат давомида текширилган ва стационар даволанган 247 беморларни текшириш ва даволаш натижалари муҳокама қилинган.

247 бемордан эркаклар - 109 (44,1%), аёллар - 138 (55,9%)ни ташкил қилган. Беморлар ёши 14 дан 70 гача бўлиб, ўртача – 28,6 ёшга тенг. 18 ёшгача бўлган беморлар сони – 17 нафар (6,9%), улардан эркак жинсига

тегишлилари - 9 (52,9%) ва аёл жинслилилар - 8 (47,1%). Беморларнинг асосий сонини 25 ёшгача бўлганлар (124) ташкил этди, улардан аёл жинсига мансуб - 69 (55,6%) ва эркак жинслилар - 55 (44,4%). Аксарият ҳолларда ўсма сон (34,4%) ва катта болдир суягида (34,4%), камдан-кам ҳолларда елка суяги (7,7%), билак суяги (4,5%), шунингдек товон суяги (3,2%) ва кичик болдир (2,4%) суякларида аниқланди. Шуни алоҳида қайд этиш лозимки, 247 бемордан 125 нафари (50,6%) ўзининг касаллигини олинган турли хил шикастлар билан боғлайдилар.

Клиника (онкологик муассаса)га тушган вақтда 247 бемордан 223 (90,3%) таси бирламчи ўсманинг мавжудлигини кўрсатган ва 24 (9,7%) таси ўсманинг рецидивини билан мурожаат қилган.

Ўсма даражаси ва ўсма жараёнининг давомийлиги характери аниқлаштириш учун беморлар зарур ҳолларда МСКТ, МРТ ва скелет суяклари сцинтиграфияси билан клиник-рентгенологик текширувлардан ўтказилди.

Самрапасси таснифига асосан текширилган беморлар қуйидагича ажратилган: Grade I - 35 бемор (14,2%), Grade II - 183 (74,1%) ва Grade III - 29 бемор (11,7%). Беморларни градациялар бўйича тақсимланиши даволаш тактикасини танлаш ва касалликни башоратлаш учун муҳим аҳамиятга эга.

Бизнинг кузатувларимизда 247 бемордан 163 (66,0%) нафарида суякнинг эпиметафизар бўлими, 33 (13,4%) нафарида метадиафизар бўлими ва 9 (3,6%) нафарида диафиз бўлимининг жароҳатланиши қайд этилди.

Ўсмани МСКТ текшируви 133 (53,8%) беморда амалга оширилди. Ўсма жараёнининг ҳажми ва характери, шунингдек оператив даволаш усулларига мос равишда барча беморлар 3 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ: эксскохлеация ва аутопластика-53 бемор (назорат гуруҳи); 2-гуруҳ: эксскохлеация ва цементопластика-156 бемор; 3-гуруҳ-эксскохлеация, криотаъсир ва цементопластика-38 бемор.

Диссертациянинг **«Найсимон суякларнинг гигант ҳужайрали ўсмаларини хирургик даволаш натижалари»** деб номланувчи учинчи бобида найсимон суякнинг гигант ҳужайрали ўсмаси билан оғриган 247 беморни хирургик даволаш натижалари таҳлил қилинган. Ўсма жараёнининг босқичи ва тарқалганлигига мос равишда қуйидаги хирургик даволаш усуллари қўлланилди: 1-гуруҳ: эксскохлеация ва аутопластика – 53 бемор (назорат гуруҳи); 2-гуруҳ: эксскохлеация ва цементопластика – 156 бемор; 3-гуруҳ – эксскохлеация, криотаъсир ва цементопластика – 38 бемор. Шуни қайд этиб ўтиш лозимки, беморларнинг ўртача ёши назорат гуруҳида - 25,9, иккинчи гуруҳда – 27,7 ва кейинчалик криотаъсир ва цементопластика билан ўсмани эксскохлеацияси амалга оширилган беморлар гуруҳида – 27,8 ёшни ташкил этди. Клиникага тушган вақтда назорат гуруҳидаги 53 бемордан 48 (90,6%) тасида ўсма бирламчи характерга эга бўлди, 5 нафарида эса (9,4%) рецидив ўсма аниқланди.

Бизнинг кузатувларимизда 247 бемордан 20 (8%) тасида патологик синиш мавжуд бўлган ҳолда аутопластика ва цементопластикадан

фойдаланилган ҳолда аъзосақловчи даволаш усули бажарилди. Бунда, биринчи гуруҳда 53 бемордан 7 (13,2%) нафарида эксскохлеация+аутопластика, 156 тадан 10 (6,4%) нафарида – эксскохлеация+цементопластика ва 38 бемордан 3 (7,8%) нафарида –эксскохлеация+криотаъсир+цементопластика амалга оширилди. Патологик синишларда, аксарият ҳолларда, айниқса оёқ ва қўл панжаларининг майда найсимон суяклариде жойлашган ўсмаларда эксскохлеация ва аутопластика ҳажмида оператив даво ўтказилди.

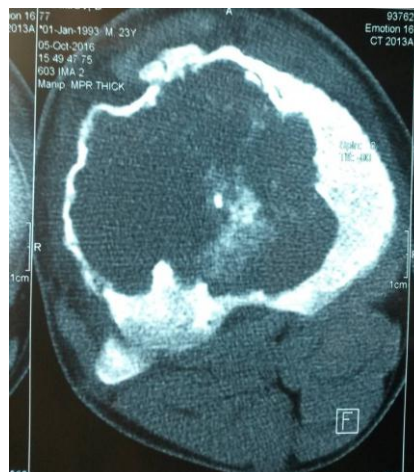
Биз ўсманинг ўлчамига мос равишда ўтказиладиган оператив амалиёт ҳажмини таҳлил қилдик. Мазкур кўрсаткич даволаш тактикасини аниқлашда катта аҳамиятга эга, чунки катта ҳажмли ўсмаларда ва кортикал қават бузилганда, патологик синиш мавжуд бўлган ҳолда биз таклиф этаётган оператив даволаш усулининг самарадорлиги шубҳали. Шунинг учун, биз ишимизда мазкур кўрсаткичга катта эътибор қаратдик.

Оператив амалиёт ҳажми ва ўсма ўлчами таҳлил қилинганда эксскохлеация ва аутопластика ўсманинг ўртача ўлчами – 10 см га тенг бўлган ҳолда амалга оширилганлиги аниқланди. 53 бемордан 38 (71,7%) нафарида ўсманинг ўлчами 5 см гача бўлди. Шунинг қайд этиш лозимки, деярли барча беморларда оёқ ва қўл панжаларининг майда найсимон суякларини, кам ҳолларда билек ва тирсак суякларининг дистал бўлимини жароҳатланиши қайд этилди. Бунда бўшлиқ ҳажми - 1³см дан 2³ см гача бўлди. Ўсма сон суягининг проксимал ва дистал бўлими, шунингдек катта болдир суягининг проксимал бўлимида жойлашганда ўсманинг ўлчами ўртача 10 см ни ташкил этди. Ўлчами 5 см³ дан юқори бўлган катта нуксонлар мавжуд ҳолларда ёнбош суяги қаноти ва кичик болдир суяги фрагментидан олинган трансплантатдан фойдаланилди.

247 бемордан 126 (51,0%) нафарида жароҳатнинг узунлиги бўйича ўлчами 5 см гача бўлди, 96 (38,8%) беморда 6-10 см ва 25 (10,1%) беморда 10 см дан катта бўлди.

КТ текширувида гуруҳларга мос равишда ўсманинг кенглиги ўртача 4,3 см; 4,1 см ва 5,0 см ни ташкил этди, шунингдек ўсманинг узунлиги - 5,2 см; 6,6 см ва 4,9 см га тенг бўлди. Бунда шундай қизиқарли факт аниқланди, яъни КТда ўсманинг томир-нерв тутамига ўсиб кириши II гуруҳдаги атиги 1 беморда аниқланди, УТТда эса мос равишда I ва II гуруҳ беморларининг 17 нафардан 2 таси ва 18 нафаридан 6 тасида УТТда маҳаллий томирларнинг жароҳатланиши қайд этилди. Ушбу маълумотлар УТТга нисбатан КТ текширувида ўсманинг жойлашиши, жароҳатнинг ўлчами, кортикал қават, суяк кўмиги, атрофдаги тўқиманинг жароҳати ва бўғим юзаси ҳолатини аниқ тавсифлаш мумкинлигини яна бир бор тасдиқлайди.

Барча беморларда ўсманинг гистологик текшируви ўтказилди. 247 бемордан 228 (92,3%) нафарида – яхши сифатли, 16 (6,5%) нафарида бирламчи-ёмон сифатли ва 3 (1,2%) нафарида иккиламчи-ёмон сифатли ГХЎ аниқланди.



1-расм. Ўнг тизза бўғими МСКТси: Бемор К.Д. 23 ёш, Диагноз – ўнг катта болдир суяги проксимал қисми ГХЎ.

Ўсманинг гистологик структурасига мос равишда оператив амалиёт характери таҳлил қилинганда экскохлеация ва аутопластика амалиёти ўтказилган беморлар гуруҳида 53 нафар бемордан 48 (90,6%) нафариди ГХЎнинг яхши сифатли шакли, 4 (7,5%) тасида бирламчи ёмон сифатли ГХЎ ва 1 (1,9%) нафариди ўсманинг иккиламчи ёмон сифатли шакли қайд этилди.

Иккинчи гуруҳда 156 нафар бемордан 147 (94,2%) тасида яхши сифатли ГХЎ, 7(4,5%) тасида бирламчи ёмон сифатли ГХЎ ва 2 (1,3%) тасида иккиламчи ёмон сифатли ГХЎ аниқланди.

Учинчи гуруҳда 38 бемордан 35 (92,1%) тасида ўсманинг яхши сифатли тури, 3 (7,9%) нафариди бирламчи ёмон сифатли ГХЎ аниқланди ва ҳеч қайси бир беморда ўсманинг иккиламчи ёмон сифатли тури қайд этилмади.

Ўсманинг ёмон сифатли тури кўпинча биринчи даволаш гуруҳи (экскохлеация+аутопластика) ва учинчи даволаш гуруҳи (экскохлеация+криотаъсир+цементопластика) беморларида кузатилди. Буни алоҳида даволаш гуруҳларида ўсманинг рецидивлари ва метастазлари частотасини ўрганишда эътиборга олиш лозим.

Келтирилган маълумотлар ГХЎнинг бирламчи ёмон сифатли тури иккиламчи ёмон сифатли турига нисбатан кўп учрашидан далолат беради.

Кампаначчи ва ҳаммуаллифларнинг таснифи бўйича суякнинг кортикал қавати ҳолатига мос равишда ўтказилган оператив амалиёт ҳажми таҳлил қилинганда, суяк жароҳатининг биринчи даражаси аксарият ҳолларда III гуруҳ беморлари (экскохлеация, криотаъсир ва цементопластика)да қайд этилди, мазкур кўрсаткич экскохлеация ва аутопластика ўтказилган I гуруҳда -13,2%, экскохлеация билан цементопластика амалга оширилган II гуруҳда - 10,2%ни ташкил этди.

Мазкур кўрсаткичлар таққосланганда статистик ишончли фарқлар аниқланди ($P \leq 0,05$).

Кортикал қаватнинг иккинчи даражали жароҳатланишида мазкур кўрсаткич 1-гуруҳда - 66,0%, 2-гуруҳда - 80,1% ва 3-гуруҳда - 60,5%ни

ташқил этди. Кўрсаткичлардаги аҳамиятли фарқ биринчи ва учинчи гуруҳлар таққосланганда аниқланди ($P < 0,05$).

Кортикал қаватнинг учинчи даражали жароҳатида беморларнинг 1-гуруҳида мазкур кўрсаткич - 20,8%, 2-гуруҳида эса - 9,6% ($P < 0,05$) ва 3-гуруҳида - 7,9%га тенг бўлди.

Бизнинг кузатувларимизда амалиёт ўтказилган оёқ ёки қўлнинг функционал ҳолатини баҳолаш учун Европа скелет-мушак тизими ассоциацияси шкаласидан фойдаландик (1986, EMSOS). Бунда 247 бемордан 221 (89,5%) нафарида аъло ва яхши функционал натижалар олинди.

Ўтказилган оператив амалиётдан сўнг оёқнинг функционал ҳолати таҳлил қилинганда экскохлеация ва аутопластика амалга оширилган 53 бемордан 22 (41,5%) нафарида оёқнинг барча функцияларини тўлиқ тикланиши кўринишида аъло функционал натижаларга эришилди. 15 (28,3%) нафар беморда – яхши ва 15 (28,3%) нафар беморда қониқарли функционал натижалар олинди. Атиги 1 (1,9%)та беморда қониқарсиз функционал натижа кузатилди. Мазкур гуруҳида амалиётдан кейинги функционал натижалар криотаъсир ва цементопластика ўтказилган беморлар гуруҳига нисбатан ёмонроқ эканлиги қайд этилди.

Экскохлеация ва цементопластика бажарилган беморлар гуруҳида 156 нафар бемордан 116 (74,4%) тасида аъло, 32 (20,5%) нафарида яхши ва 7 (4,5%) нафарида қониқарли функционал натижалар олинди. Фақатгина 1 (0,6%) ҳолатда натижа қониқарсиз бўлди.

Экскохлеация, криотаъсир ва цементопластика амалиёти ўтказилган 3-гуруҳида 38 нафар бемордан 31 (81,6%) тасида оёқнинг функцияси ва таянч қобилиятини тикланиши билан - аъло, 5 (13,1%) нафар беморда - яхши ва 2 (5,3%) нафар беморда – қониқарли функционал натижаларга эришилди. Қониқарсиз функционал натижалар қайд этилмади.

Бу яна бир бор найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини хирургик даволашда криотаъсир ва тиббий суяк цементини қўлланилиши ушбу усулларсиз даволанган беморларга нисбатан аъло ва яхши функционал натижаларга кўпроқ эришиш имконини беради.

Найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини турли хирургик даволашдан сўнг юзага келадиган асоратлар ўсма жараёнининг характери ва тарқалганлиги, мазкур жараёнга атроф тўқиманинг жалб этилганлиги, амалиёт ҳажми ва амалиётдан кейинги даврни юритилишига боғлиқ. Бизнинг кузатувларимизда уччала даволаш гуруҳларида юзага келиши мумкин бўлган барча асоратлар таҳлил қилинди. Барча асоратлар характери жиҳатдан йирингли-яллиғланиш ва ортопедик турларга бўлинди.

Экскохлеация ва аутопластика амалиёти амалга оширилган беморлар гуруҳида амалиётдан сўнг 53 бемордан 17 (32%) нафарида турли асоратлар аниқланди. Бунда 4 (7,5%) беморларни рентгенологик текширувида суяк остеомиелити, 3 нафар беморда (5,7%) амалиётдан кейинги чандиқ соҳасида оқма, 4 (7,5%) нафар беморда суякнинг синиши кузатилди. Келтирилган

маълумотлардан кўришиб турибдики, мазкур беморлар гуруҳида ортопедик асоратларга нисбатан йирингли-яллиғланиш жараёнлари устунлик қилди.

Иккинчи даволаш гуруҳида экскохлеация ва цементопластика амалиётидан сўнг 156 бемордан 11(7%) нафарида қуйидаги асоратлар: 3 беморда (1,9%) – тери некрози, 3 беморда (1,9%) - амалиётдан кейинги чандиқ соҳасида оқма ва 5 (3,2%) беморда – ўсма проекциясида суякнинг синиши қайд этилди.

Экскохлеация, криотаъсир ва цементопластика амалиёти ўтказилган 3-гуруҳда 38 бемордан 2 нафари (5,2%)да асоратлар: 1 бемор (2,6%)да - остеомиелит ва 1 беморда (2,6%) суяк синиши кузатилди.

Амалиётдан кейинги асоратлар таҳлил қилинганда экскохлеация ва цементопластика (7%) ҳамда экскохлеация, криотаъсир ва цементопластика (5,2%) амалиёти ўтказилган беморларга нисбатан экскохлеация ва аутопластика амалиёти амалга оширилган беморларда (32%) амалиётдан кейинги асоратлар частотаси юқори бўлди.

Амалиётдан кейинги муҳим асоратлардан бири ўсма жараёни проекциясида суякнинг синиши кўринишидаги асоратлардир. Юқорида қайд этилган асоратлардан кўришиб турганидек, экскохлеация ва аутопластика амалиётидан сўнг асоратларнинг мазкур тури 7,5%, экскохлеация ва цементопластика амалиётидан сўнг 3,2% ҳамда экскохлеация, криотаъсир ва цементопластикадан сўнг 2,6%ни ташкил этди.

Бу ҳолат биз томондан ишлаб чиқилган даволаш усуллари нафақат йирингли-яллиғланиш, балки ортопедик асоратларни ҳам камайтириш имконини беришини кўрсатади.

Экскохлеация ва аутопластика, экскохлеация ва цементопластика ҳамда экскохлеация, криотаъсир ва цементопластика ўтказилган беморлар гуруҳларида патологик синиш ҳолатлари кузатилганда беморларга кейинчалик реконструктив-пластик амалиётларни амалга ошириш билан суякнинг сегментар резекцияси амалиёти ўтказилди.



2-расм. Бемор, О.Н., 32 ёш, Диагноз: Ўнг елка суягининг проксимал бўлими ГХЎ, экскохлеация ва цементопластика амалиётидан кейинги ҳолат (2014 й).

Патологик синиш билан рецидивланиш (2018 й).

Диссертациянинг «Найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини хирургик даволаш усулларида сўнг рецидив ва метастазларнинг учраши тез-тезлиги» деб номланувчи тўртинчи бобида найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини клиник, рентгенологик ва морфологик белгиларини ҳисобга олган ҳолда рецидивлар частотаси таҳлили ёритилган. Биз ўрганаётган барча беморлар 6 ойдан 13 йилгача кузатувимиз остида бўлди. Бунда ўсманинг юқорида қайд этилган белгилари ҳамда амалга оширилган оператив амалиёт ҳажмини ҳисобга олган ҳолда статистик таҳлил ўтказилди. Таҳлил натижаларининг кўрсатишича, эксскохлеация ва аутопластика амалиётидан сўнг 53 бемордан 11 (20,7%) тасида ўсма рецидиви қайд этилди. 11 бемордан 9 нафарида рецидив бир марта ва 2 нафарида 2 марта кузатилди. Эксскохлеация ва цементопластика ўтказилган беморлар гуруҳида 156 бемордан 15 (9,6%) тасида ўсманинг рецидиви аниқланди, 15 бемордан 2 нафарида ўсманинг қайта рецидиви қайд этилди. Эксскохлеация, криотаъсир ва цементопластика ўтказилган 38 нафар бемордан 2 (5,2%) нафарида ўсма рецидиви кузатилди. Рецидивларни юзага келиш муддатлари 6 ойдан 21 ойгача бўлди. Бунда ўсма рецидиви ўртача биринчи гуруҳ беморларида 7,5 ой, иккинчи гуруҳда - 13,6 ой ва учинчи гуруҳда - 17,6 ойдан сўнг қайд этилди.

Найсимон суякларнинг ГХЎда ўсманинг рецидивланиши частотаси ўрганилганда мазкур кўрсаткичнинг эркак ва аёлларда деярли фарқ қилмаслиги аниқланиб, мос равишда 12 (11%) ва 16 (11,6%)га тенг бўлди. Шунини қайд этиш лозимки, эксскохлеация ва аутопластика амалиёти амалга оширилган беморлар гуруҳида аёллар ўртасида рецидивларнинг юзага келиши кўпроқ кузатилди - 63,6%, эркакларда мазкур кўрсаткич - 36,4%. Кўрсаткичлар таққосланганда статистик аҳамиятли фарқлар олинди ($P \leq 0,05$). Эксскохлеация ва цементопластика ўтказилган 2-гуруҳда рецидивлар частотаси аёллар орасида бирмунча кўпроқ учради - 53,3%, эркакларда эса - 46,7%. Бироқ, мазкур кўрсаткичлар таққосланганда ишончли фарқлар аниқланмади ($P \geq 0,05$). 3-гуруҳ беморларида эксскохлеация, криотаъсир ва цементопластика амалиётидан сўнг эркак ва аёлларда рецидивларнинг юзага келиш частотасида алоҳида фарқлар кузатилмади, мос равишда - $50,0 \pm 9,45\%$ ва $50,0 \pm 9,45\%$.

ГХЎ мавжуд беморларнинг турли ёш гуруҳларида ўсманинг рецидивлари частотасини ўрганиш шунини кўрсатдики, эксскохлеация ва аутопластика амалиётидан сўнг ўсма рецидиви асосан 16-20 ёшли беморлар гуруҳида - $18,2 \pm 7,29\%$ ҳолатда ва 25 ёшдан катталарда - $81,8 \pm 7,29\%$ ҳолатда аниқланди. Мазкур икки ёш гуруҳлари таққосланганда кўрсаткичлар статистик ишончли фарқланди ($P \leq 0,05$). Мазкур кўрсаткични найсимон суякларнинг ГХЎни даволаш тактикасини аниқлаш ва башоратлашда ҳисобга олиш лозим.

Найсимон суякларнинг ГХЎга чалинган беморларда эксскохлеация ва цементопластика амалиётидан сўнг 25 ёшдан катта беморлар орасида бошқа ёшдаги гуруҳларга нисбатан рецидивлар частотаси анча юқори бўлди -

46,7%, бироқ кўрсаткичлар бошқа ёш гуруҳларига нисбатан статистик ишончли эмас ($P \geq 0,05$). 3-даволаш гуруҳида ёш гуруҳлари бўйича таққосланганда алоҳида фарқлар қайд этилмади.

Экскохлеация ва аутопластика амалга оширилган беморлар гуруҳида ўсма катта болдир ва сон суягида жойлашганда бир хил даражадаги ўсма рецидивни аниқланди, мос равишда – 36,4 ва 36,4%. Ўсма рецидивининг энг паст кўрсаткичи ўсма товоннинг кичик найсимон суякларига жойлашганда қайд этилди - 9,1%. Мазкур икки гуруҳ таққосланганда статистик аҳамиятли фарқлар олинди ($P < 0,05$). Биринчи гуруҳдан фарқли ўларок, экскохлеация ва цементопластика амалиётларидан сўнг рецидивларнинг юқори частотаси ўсманинг катта болдир суягида жойлашишида қайд этилди - 46,7%, тирсак суягида жойлашган ўсма рецидивлари - 13,3% ва билак суягида жойлашган рецидивлар эса - 6,7%ни ташкил этди. Мазкур икки локализациядаги ўсма рецидивларини катта болдир суягининг мазкур кўрсаткичи билан таққослаш натижасида ишончли фарқлар аниқланди ($P \leq 0,05$).

Экскохлеация, криотаъсир ва цементопластика амалга оширилган беморлар гуруҳида ўсманинг жойлашиши ва рецидивлар частотасининг қиёсий таҳлилида статистик ишончли фарқ аниқланмади ($P \geq 0,05$). Такдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, ўсманинг жойлашиши унинг рецидивлари частотасини ўрганишда катта аҳамиятга эга, айниқса, бу рецидивларнинг юқори частотаси қайд этиладиган катта болдир ва сон суякларига жойлашган ўсмалар учун тааллуқли. Билак ва тирсак суякларига, шунингдек, товоннинг кичик найсимон суякларига ўсма рецидивининг амалиёт турига боғлиқ бўлмаган ҳолда юзага келиш эҳтимоли камроқ. Бу ҳолат найсимон суякларнинг ГХЎни даволаш тактикасини аниқлаш ва башоратлашда эътиборга олиниши лозим.

Ўсма рецидивлари частотасининг жароҳатланган сегмент даражасига мос равишда ривожланиши таҳлил қилинганда шу нарса аниқландики, барча даволаш гуруҳларида ўсма рецидивларининг юқори частотаси ўсманинг суякни дистал эпиметафизар бўлимида жойлашувида қайд этилди ва бу мос равишда – 72,7%, 40,0% ва 50,0% ни ташкил этди. Ўсма рецидивининг анча паст кўрсаткичлари ўсманинг найсимон суякларни проксимал эпифизида жойлашувида аниқланди. Ўсманинг суякнинг мазкур икки сегментида жойлашиши таҳлил қилинганда статистик аҳамиятсиз фарқлар аниқланди ($P > 0,05$).

Найсимон суякнинг кортикал қавати ингичкаланиганда экскохлеация ва аутопластика оператив амалиёти бажарилганда ўсма рецидиви 81,8% ҳолатда, экскохлеация ва цементопластика амалиётидан сўнг - 73,3% ҳамда экскохлеация, криотаъсир ва цементопластикадан сўнг 100% ҳолатда қайд этилди.

ГХЎда ўсма рецидивлари частотасининг найсимон суякни синишига мос равишда ривожланишини ўрганиш патологик синиш кузатилган 20 бемордан 3 (15%) нафарида турли оператив амалиётлардан сўнг ўсманинг рецидиви юзага келганлигини кўрсатди. Бунда, ўсма рецидиви биринчи даволаш

гуруҳида - 14,3%, иккинчи даволаш гуруҳида - 20%ни ташкил этди. Учинчи даволаш гуруҳида ўсма рецидивни кузатилмади.

Ўсма рецидивнинг ГХЎнинг гистологик турига мос равишда ривожланишини таҳлил қилиш натижасида биринчи даволаш гуруҳида 53 бемордан 11 (20,7%) тасида ўсма рецидивни ривожланганлиги аниқланди. Бунда, ГХЎнинг яхши сифатли тури 7 беморда (63,6%), бирламчи ёмон сифатли ГХЎ – 4 (36,4%) ҳолатда аниқланди, иккиламчи ёмон сифатли ГХЎда ўсма рецидивни кузатилмади.

Экскохлеация ва цементоластика амалиётидан сўнг 156 бемордан 15 (9,6%) нафарида ўсма рецидивни аниқланди. Бунда 15 бемордан 11 (73,3%) нафарида – яхши сифатли ГХЎ, 3 (20%) беморда ГХЎнинг бирламчи ёмон сифатли тури ва 1(6,7%) беморда иккиламчи ёмон сифатли тури қайд этилди.

Ўсманинг рецидивлашуви частотаси таҳлил қилинганда, 247 бемордан 223 (90,3%) таси онкологик даво муассасаларига бирламчи ўсма билан ва 24 (9,7%) таси рецидив ўсма билан тушганлиги қайд этилди. Рецидивланган ўсма билан 24 нафар бемордан 8 (36,4%) тасида тегишли оператив амалиётлардан сўнг қайта рецидив қайд этилди. Бу яна бир бор рецидивланувчи ўсмаларнинг нохуш кечиши ва салбий оқибатидан далолат беради.

Олинган натижалар таҳлилида 247 бемордан 7 (2,8%) нафарида узок метастазлар бўлганлиги аниқланди. Мазкур метастазлар экскохлеация ва аутоластика ўтказилган биринчи гуруҳдаги 2 (3,8%) та беморда; экскохлеация+цементоластика ўтказилган иккинчи гуруҳдаги 4 (2,6%) беморда ҳамда экскохлеация, криотаъсир ва цементоластикадан сўнг - 1 (2,6%) нафар беморда учради. Энг кўп метастазлар бериладиган аъзолар қуйидагилардир: ўпка – 7 тадан 5 ҳолатда (71,4%), шунингдек, жигар - 2 (28,6%) ҳолатда.

Метастазларнинг ривожланиши ўсманинг характериға боғлиқлиги ўрганилганда бирламчи ўсма билан 223 (100%) беморнинг 3 (1,34%) тасида ва рецидивланувчи ўсма билан 24 (100%) беморнинг 4 (16,7%) тасида метастазлар аниқланди.

Жинс, ёш ва метастаз орасидаги ўзаро боғлиқлик ўрганилганда метастазлар частотаси барча даволаш гуруҳидаги эркак (2) беморларға нисбатан аксарият ҳолларда 1- ва 2-гуруҳларда аёлларда (4) қайд этилди. Шундай тахмин қилиш мумкинки, беморларнинг жинси ўсма метастазларининг ривожланиши частотасига таъсир қилиши мумкин. Ўсма метастазлари барча даволаш гуруҳларида бошқа ёшдагиларға нисбатан 25 ёшдан катта беморларда қайд этилди.

Биринчи даволаш гуруҳида 53 бемордан 2 (3,8%) нафарида, иккинчи гуруҳда 156 бемордан 4 (2,7%) нафарида ва учинчи гуруҳда 38 бемордан 1 (2,6%) нафарида узок метастазлар аниқланди.

Бизнинг кузатувларимизда турли хирургик даволаш усулларидан кейин ўсмаларнинг рецидивланиши 247 бемордан 28 (11,3%) тасида қайд этилди.

Бунда биринчи даволаш гуруҳида 53 бемордан 11 (20,7%) та, иккинчи гуруҳида 156 бемордан 15 (9,6%) та ва учинчи гуруҳида 38 бемордан 2 (5,2%) тасида ўсма рецидивлари ривожланди.

Рецидивларни юзага келиш муддатлари ўртача биринчи гуруҳида 7,5 ой, иккинчи гуруҳида 12,3 ой ва учинчи гуруҳида 17,5 ойни ташкил этди. Ўсма рецидиви суяк тузилмасининг жароҳатланиши ва айрим ҳолларда атрофдаги юмшоқ тўқималарнинг жароҳатланиши билан ягона тавсифга эга бўлди. Рецидивланган ўсманинг маҳаллий тарқалиши клиник кўрик, рентгенологик, ультратовушли, МСКТ ва МРТ текширув усуллари ёрдамида баҳоланди. Ташҳис цитологик ёки гистологик текширув усуллари ёрдамида морфологик тасдиқланди. Шунинг қайд этиш лозимки, рецидивланувчи ўсмани даволаш кўп жиҳатдан беморнинг ўз вақтида муружаат қилиши ва атрофдаги тўқималарнинг жароҳатланишига боғлиқ бўлди.

Рецидивланувчи ўсма билан 28 бемордан 8(28,6%) тасида жараённинг тарқалганлиги туфайли аъзони сақлаб қолиб бўлмади ва майиб қилувчи амалиётлар бажарилди. 4.9 жадвалда келтирилган маълумотлар асосида биз найсимон суякларнинг ГХЎлари рецидивларини даволаш усуллари таҳлилини ўтказдик.

Экскохлеация ва аутопластика амалиётидан сўнг ўсма рецидиви 11 (20,7%) беморда кузатилди. Мазкур беморлар гуруҳида рецидивланувчи ўсмаларни даволаш усуллари қуйидагича тавсифланди: 11 бемордан 1 тасида кейинчалик оёқни эндопротезлаш, рецидивланган ўсмани олиб ташлаш билан суякни сегментар резекцияси, 1 беморда сегментар резекция ва Илизаров СДО аппаратини қўйиш амалиёти амалга оширилди, 8 беморда рецидивланган ўсма ва аутосуяк фрагментлари олиб ташлангандан сўнг экскохлеация ва цементоластика амалиёти ва 1 беморда аъзонинг ампутацияси бажарилди.

Иккинчи даволаш гуруҳида экскохлеация ва цементоластика амалиётидан сўнг ўсма рецидиви 15 (9,6%) беморда учради. Мазкур беморлар гуруҳида рецидив ўсмаларни даволаш усуллари қуйидагича тавсифланди: 15 бемордан 3 тасида кейинчалик оёқни эндопротезлаш, рецидивланган ўсмани олиб ташлаш билан суякни сегментар резекцияси, 1 беморда сегментар резекция ва Илизаров СДО аппаратини қўйиш амалиёти амалга оширилди, 2 беморда сегментар резекция аутопластика билан, 3 беморда рецидивланган ўсма ва аутосуяк фрагментлари олиб ташлангандан сўнг экскохлеация ва цементоластика амалиёти, 2 беморда оёқ ампутацияси, 2 беморда бармоқнинг экзартикуляцияси, 1 беморда гемипельвэктомия ва 1 беморда кураклараро-кўкрак ампутацияси бажарилди.

Учинчи гуруҳида 38 бемордан 2 (5,2%) тасида ўсма рецидиви аниқланди. Бунда 2 бемордан 1 нафарида аутопластика билан суякнинг сегментар резекцияси ва 1 беморда оёқ ёки қўл ампутацияси амалиёти бажарилди.

Бизнинг кузатувларимизда ўсма рецидиви сабаблари ва оператив амалиёт характери таҳлил қилинганда атрофдаги юмшоқ тўқималарни олиб

ташлаш билан суякнинг сегментар резекцияси 8 беморда амалга оширилганлиги аниқланди.

Экскохлеация ва аутопластика ҳажмидаги оператив аралашувлар 11 беморда ўтказилди. Даволаш гуруҳлари бўйича тақсимоот натижасида амалиётнинг мазкур тури 8 беморда экскохлеация ва аутопластикадан сўнг ва 3 беморда экскохлеация ва цементопластикадан сўнг бажарилганлиги аён бўлди.

ГХЎнинг узок аъзоларга метастазларини даволаш таҳлили шуни кўрсатдики, 247 бемордан 7 (2,8%) тасида узок аъзоларга метастазлар қайд этилди. Метастазлар 2 беморда экскохлеация ва аутопластика, 4 беморда экскохлеация ва цементопластика, 1 беморда экскохлеация, цементопластика билан криотаъсирдан сўнг аниқланди.



Амалиётгача



Амалиётдан сўнг

3-расм. Бемор А.М., 48 ёш, д/з: Чап билак суяги дистал бўлими гигант хужайрали ўсмаси, патологик синиш ва юмшоқ тўқимали компонент билан

ГХЎнинг узок метастазлари билан 7 бемордан 2 тасида кимётерапия ўтказилди, қолган 5 та ҳолатда ўсма жараёнининг тарқалганлиги туфайли симптоматик даво тавсия этилди.

Найсимон суякларнинг ГХЎ билан барча беморлар 6 ойдан 13 йилгача кузатув остида бўлдилар. Бу вақтда 7 бемор узок метастазлар туфайли ҳаётдан кўз юмди, қолган беморлар ҳозирги кунгача кузатув остидалар.

Диссертациянинг бешинчи бобида «**Найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларида каминвазив хирургик даволаш ва ташхислаш алгоритмини ишлаб чиқиш**» тақдим этилган.

Беморни тўла текширувдан ўтказиш учун биз 93 та белгидан иборат кодификаторни ишлаб чиқдик, у клиник-рентгенологик, морфологик, даволаш чоралари ва касаллик оқибатини ифодаловчи белгилар комплексини

ўз ичига олади. Олинган маълумотларни статистик ишлаш асосида биз ГХЎни ташхислаш ва даволаш алгоритмини ишлаб чиқдик. Бунда биз қуйидаги аспектларга кўпроқ эътиборни қаратдик: алгоритмнинг ташхислаш бўлими ташхиснинг гистологик тасдиғи билан амалиётгача ўтказилган клиник-рентгенологик ва морфологик тадқиқотлар маълумотларига асосланади; дифференциал ташхисот таҳлилининг ўтказилиши алгоритмнинг асосий босқичларидаги маълум кетма-кетликка риоя қилиш билан амалга оширилиши лозим; даволаш тактикаси ўсманинг тарқалиш даражаси, рентгенологик манзараси ва гистологик тузилишини ҳисобга олган ҳолда танланиши лозим; даволаш тактикаси каминвазив даволаш усулларидадан фойдаланган ҳолда аъзосақловчи характерга эга бўлиши лозим; даволаш тактикаси амалиётдан кейинги асоратлар ва ўсма рецидивни частотасини максимал камайтиришга қаратилган бўлиши лозим; хирургик даволаш бемор организми учун зарарсиз бўлган криотаъсир ва цементопластикадан фойдаланган ҳолда аъзони сақлаб қолишга қаратилган; ишлаб чиқилган даво-ташхисот алгоритми найсимон суяк ўсмалари рецидивларини даволашга ёндашувни ўз ичига олади; статистик таҳлил асосида далилларга асосланган тиббиёт талабларига мос равишда қўлланилган ташхисот ва даволаш усулларининг имкониятлари, афзаллик ва камчиликлари ўрганилди ва бу мазкур касалликни даволаш-ташхислаш алгоритмини ишлаб чиқиш учун асос бўлди. Тавсия этилган алгоритм найсимон суякларнинг ГХЎда оператив амалиётнинг турли вариантларини қўллаш учун дифференциаллашган ёндошувни ишлаб чиқиш имконини берди. Ўсма майда найсимон суякларда жойлашган ва унинг яхши сифатли гистологик вариантларида эксскохлеация ва аутопластика амалиётини амалга ошириш мақсадга мувофиқдир, ўсманинг рецидивлари частотаси бошқа даволаш гуруҳи (цементопластика, криотаъсир + цементопластика) кўрсаткичларидадан ошмайди. Бироқ, бунда кортикал қаватнинг ингичкалашуви ва ёки бузилиши билан ўсманинг маҳаллий тарқалиши муҳим аҳамиятга эга, бунда эксскохлеация ва аутопластика амалиётини бажариш мақсадга мувофиқ эмас. Бундай ҳолатларда мазкур амалиёт тури ўтказилганда рецидивлар частотаси 32%га ошиши мумкин.

Ўсманинг билак ва тирсак суякларининг дистал бўлимида жойлашишида аналогик маълумотлар олинди. Билак суягининг жароҳатланишида юзага келадиган рецидивларнинг юқори частотаси суякнинг кортикал қавати, шунингдек атрофдаги юмшоқ тўқималарнинг жароҳатланиши ва емирилиши билан боғлиқ. Бизнинг маълумотларимизга кўра, ўсманинг бундай жойлашишида эксскохлеация ва аутопластика амалиётининг қўлланилиши 100% ҳолатда ўсма рецидивларини беради. Бундан ташқари, ҳатто цементопластика ва криотаъсир+цементопластика амалиётидан кейин ҳам рецидивлар сони ўсманинг бошқа локализацияларига қараганда юқорироқдир. Бу ҳолат даволаш тактикасини аниқлашда эътиборга олиниши лозим. Ўсма рецидивларини даволаш натижалари шундан далолат берадики, аксарият ҳолларда эндопротезлаш ёки аутопластика билан сегментар резекция ўсманинг айнан шундай жойлашувида амалга оширилган.

ХУЛОСАЛАР

«Найсимон суякларнинг гигант хужайралари ўсмаларини кам инвазив комплекс даволаш усулларини такомиллаштириш» мавзусидаги тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқот натижаларида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Криотаъсир ва цементопластикани қўллаш билан аъзосақловчи даволаш усулини қўллаш ўсманинг турли гистологик вариантлари ва рентгенологик манзарада кортикал қават жароҳати $\frac{1}{2}$ дан ошмаган, томир-нерв тутами ва суякнинг бўғим юзаси шикастланиши мавжуд бўлмаган ҳолларда кўрсатилган. Найсимон суякларнинг ГХЎда сезиларли пўстлок деструкцияси ва Сапранассі таснифи бўйича қон томирлари ёки нервнинг жароҳатланиши билан Grade III, атрофдаги юмшоқ тўқималар, яқин жойлашган бўғимнинг кучли шикастланиши, суякнинг кортикал қаватини $\frac{2}{3}$ дан кўпроқ қисмини зарарланиши, юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши билан патологик синиш, суякнинг бўғим юзасини жароҳатланиши, маҳаллий ўткир ёки сурункали инфекция ўчоғининг мавжудлиги криотаъсир ва цементопластика даволаш усулини қўллаш учун қарши кўрсатма ҳисобланади.

2. Найсимон суякларнинг ГХЎни хирургик даволашда криотаъсир ва цементопластикани қўллаш рецидивлар частотасини анъанавий амалиётлар (экскохлеация+аутопластика)га нисбатан 4,2 марта, экскохлеация +цементопластика амалиётига нисбатан 2,1 марта камайтириш билан аъзосақловчи даволашни амалга ошириш имконини беради.

3. Хирургик даволаш усуллари орасида ўтказилган қиёсий таҳлил рецидивлар частотасининг экскохлеация ва аутопластика амалиётидан сўнг - 20,7%, экскохлеация + цементопластикадан сўнг - 9,6% ва экскохлеация + криотаъсир + цементопластикадан сўнг - 5,2%ни ташкил этишини кўрсатди. Тегишли амалиётлардан сўнг қўл ва оёқларнинг функционал натижалари мос равишда 69,8%, 94,9% ва 94,7% ҳолатларда аъло ва яхши бўлди.

4. Амалиётдан кейинги даврдаги асоратлар ва нохуш натижалар частотаси таҳлили инфекцион ва ортопедик асоратларнинг энг юқори частотаси экскохлеация ва аутопластика амалиётидан сўнг - 7,5% ҳолатда кузатилганлигини кўрсатди. Мазкур кўрсаткич экскохлеация ва цементопластика ҳамда экскохлеация, криотаъсир ва цементопластика амалиётларидан сўнг мос равишда 3,2% ва 2,6%ни ташкил этди. Биз ишлаб чиққан даволаш усуллари нафақат йирингли-яллиғланиш асоратларини, балки ортопедик асоратларни ҳам камайтириш имконини беради.

5. Найсимон суякларнинг гигант хужайрали ўсмаларини ташҳислаш ва даволаш алгоритмининг тақдим этилган варианты ўсманинг жойлашиши, рентгенологик манзараси, гистологик тузилишига мос равишда оператив амалиётнинг турли усулларини қўллашга дифференциаллашган ёндашувни ишлаб чиқиш имконини берди.

НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04.12.2018.Tib.77.01 при РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ по ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ

ТОЖИБОЕВ АКМАЛХОН АБДУРАХМАНОВИЧ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

14.00.14 – Онкология

АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PHD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ

ТАШКЕНТ – 2019

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за В2018.2.PhD/Tib659

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.cancercenter.uz) и на информационно-образовательном портале “ZiyoNet” (www.ziynet.uz).

Научный руководитель:	Гафур-Ахунов Мирза-Али Алиёрович доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Юсупбеков Аброрбек Ахмаджанович доктор медицинских наук Хужаназаров Илхом Эшкулович доктор медицинских наук
Ведущая организация:	ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н.Блохина” Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2019 г. в _____ часов на заседании Научного Совета DSc.04.12.2018.Tib.77.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии. Адрес: 100174, г. Ташкент, ул.Фаробий, 383. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871)246-15-96; e-mail: info@ronc.uz, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии).

С докторской диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (зарегистрирована за №_____). Адрес: 100174, г. Ташкент, ул.Фаробий, 383, Тел.:(+99871) 227-13-27; факс: (+99871)246-15-96.

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2019 года.
(реестр протокола рассылки №_____ от _____ _____ 2019 г.).

М.Н. Гилляшайхов,
Председатель научного совета по присуждению учёных степеней,
доктор медицинских наук, профессор

А.А.Адилходжаев,
Учёный секретарь научного совета по присуждению
учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

М.Х.Ходжибеков,
Председатель научного семинара при научном совете
по присуждению учёных степеней
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) гигантоклеточная опухоль кости (ГКО) является агрессивной, рецидивирующей и метастазирующей опухолью, которой болеют, в основном, люди трудоспособного возраста и она составляет 15,1% среди доброкачественных и 3,9%-10% от всех первичных опухолей костей. При неадекватном лечении у 50% больных наблюдаются рецидивы опухоли. Благодаря исследованиям последних лет, взгляд на гигантоклеточную опухоль как доброкачественную опухоль пересмотрен, она отнесена в разряд агрессивных новообразований. Почти у 40% больных с ГКО признаки злокачественности опухоли проявляются уже при первом рецидиве и даже при отсутствии морфологических показателей злокачественности ГКО от 1-2% случаях метастазируют в легкие и другие органы¹. Основным методом лечения признан хирургический, но до настоящего времени не существует общепринятого метода лечения². Предпочтение отдаётся органосохраняющим и костнопластическим операциям с применением различных пластических материалов. Однако костно-пластические операции с использованием трансплантатов биологического происхождения (ауто-аллокость, мышца) в послеоперационном периоде имеют множество осложнений: рассасывание или отторжение трансплантата, инфицирование раны, а также длительный реабилитационный период, который протекает с утратой трудоспособности. Наряду с этим не смотря на многообразие и неясность механизма роста опухоли, сложность дифференциальной диагностики с другими заболеваниями данной анатомической зоны число научных исследований относительно невелико и частота рецидивов остается высокой².

В настоящее время в мировом масштабе по диагностированию, лечению, эффективной профилактике ГКО ведутся научные исследования по ряду приоритетных направлений: выявлению наследственных факторов, провоцирующих появление ГКО; определению в диагностировании ГКО новых иммуногенетических маркеров; применению миниинвазивного эндоскопического хирургического метода при лечении заболевания и предотвращению осложнений возникающих после операции; применению на практике современных клиничко-морфологических методов исследования при диагностировании и лечении ГКО.

В целях развития медицинской отрасли, приведение систему здравоохранения в соответствие мировых стандартов, снижение заболеваемости злокачественными опухолями в Указе Президента Республики Узбекистан УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения» намечены следующие задачи, как «...повышение эффективности, качества и доступности медицинской по-

¹ Блудов А.Б. и соавт. Гигантоклеточная опухоль кости. // Журнал «Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи». №1-2014. Стр. 16-34.

² Алиев М.Д. Первичные злокачественные опухоли костей. // Вестник Московского онкологического общества, №5, 2008. Стр. 4-6

мощи, поддержку здорового образа жизни и профилактику заболеваний, в том числе путем формирования системы медицинской стандартизации, внедрения высокотехнологичных методов диагностики и лечения, эффективных моделей патронажа и диспансеризации...»³. Эти задачи дадут возможность снижения опухолевых заболеваний поднятием на новую ступень уровень оказания современной медицинской помощи в диагностике и лечении онкологических заболеваний населения и совершенствованием использования современных технологий в оказании качественной медицинской помощи.

Настоящее диссертационное исследование в определенной степени служит реализации задач, исходящих из соответствующих документов, принятых Указом Президента Республики Узбекистан от 07.02.2017 г. №УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» и постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за №ПП-3071 от 20 июня 2017 года и «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» №ПП-2866 от 4 апреля 2017 года, «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения в Республике Узбекистан» №УП-5590 от 7 декабря 2018 года, а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии приоритетного направления развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. До настоящего времени нет единого подхода в выборе сохранных оперативных вмешательств при первичных опухолях и опухолеподобных поражениях трубчатых костей, нет критериев отбора больных для сохранных оперативных вмешательств при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей, особенно с использованием криовоздействия и цементапластики. Частота местных рецидивов составляет всего 2-3% с применением жидкого азота, но этот показатель составляет от 17% до 60% при кюретаже.

Ван дер Хейджен и соавт. (2014) показали, что самый высокий уровень рецидива выявлен после кюретажа без применения адьювантного вещества (приблизительно 42%). Но уровень рецидива после кюретажа с местным применением фенола и полиметилметакрилата может достигать до 33%, использование криохирургии и полиметилметакрилата могут уменьшить его от 0% до 20%. Использование метода интраоперационного криовоздействия на стенки костной полости после удаления гигантоклеточной опухоли во время костно-пластических операций способствует снижению частоты рецидивирования опухоли на 17,8% и метастазов на 18,2% по сравнению с

³ «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения в Республике Узбекистан» №УП-5590 от 7 декабря 2018 года

больными, которым применялось резекция кости.

В диссертационной работе Ш. М. Муминова (2004) проведён сравнительный анализ результатов хирургического лечения с использованием костных трансплантатов (в основном ауто трансплантатов), а также, эндопротезирования крупных суставов и компрессионно-дистракционного остеосинтеза при гигантоклеточной опухоли длинных трубчатых костей. Но, автором не изучены результаты пластических операций с использованием криовоздействия и цементопластики. Таким образом, выбор оптимального объёма и способа костно-пластических операций при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей является важным шагом оперативного лечения, так как неадекватное лечение ведет к рецидивам и калечащим операциям.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ и грантного проекта АДСС 15.9.3 Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии «Разработка новых технологий и совершенствование реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательств в клинической онкологии» (2015-2017гг.).

Целью исследования является улучшение результатов лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей путем использования малоинвазивных методов хирургического лечения.

Задачи исследования:

Определить показания и противопоказания к использованию криовоздействия и цементопластики при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей;

Оценить эффективность криовоздействия и цементопластики при костно-пластических операциях при гигантоклеточных опухолях трубчатых костей;

Провести сравнительный анализ результатов различных вариантов органосохраняющих костно-пластических операций при гигантоклеточных опухолях трубчатых костей;

Изучить осложнения различных вариантов оперативных вмешательств у больных с гигантоклеточной опухолью трубчатых костей;

Разработать алгоритм диагностики и лечебной тактики к органосохраняющим малоинвазивным методам при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей.

Объектом исследования явились 247 больных с диагнозом гигантоклеточная опухоль трубчатых костей, находившихся на стационарном лечении в 2005-2018 гг. в клиниках Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии и в Ташкентском городском и Наманганском областном его филиалах.

Предмет исследования составляют результаты клинических, лабораторных, инструментальных, морфологических, комплексных лучевых мето-

дов исследований, математические расчеты.

Методы исследований. В процессе выполнения научной работы были использованы общеклинические, биохимические, ортопедические, ультразвуковые, лучевые, морфологические и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

научно обоснована эффективность оперативного лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей применением криовоздействия и цементапластики;

разработаны критерии, направленные на планирование метода оперативного вмешательства при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей с учетом результатов комплексных методов исследования, указана значимость этих методов исследования при определении состояния кортикального слоя кости, поражения костного мозга и окружающей мягкой ткани, лечебной тактики;

оценены в сравнительном аспекте причины возникновения рецидива опухоли после органосохраняющих костно-пластических операций – аутопластика, цементапластика и криовоздействие при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей;

совершенствованы малоинвазивные методы оперативного лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей с применением криовоздействия и цементапластики.

Практические результаты исследования:

разработаны новые подходы в тактике хирургического лечения при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей;

разработана конкретная система по выбору методов оперативного лечения, профилактике рецидивов и метастазов при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей.

разработаны критерии для выбора органосохраняющего лечения с использованием костного цемента и криовоздействия.

Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными, широко используемыми и взаимодополняющими клинико-инструментальными, хирургическими, рентгенологическими и статистическими методами, а также в достаточной степени количеством больных, заключением, подтверждением полученных результатов полномочными структурами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

на основании сравнительного анализа большого клинического материала изучены результаты различных вариантов оперативного вмешательства, определены показания и противопоказания к проведению органосохраняющего лечения при ГКО трубчатых костей с применением криовоздействия и медицинского цемента;

доказана эффективность цементапластики и криовоздействия с учетом

локализации, рентгенологической картины и гистологической структуры опухоли;

разработанный комбинированный малоинвазивный метод хирургического лечения (экскохлеация + цементопластика, экскохлеация + криовоздействие + цементопластика) позволил уменьшить частоту рецидива опухоли от 2,1 до 4,2 раз по сравнению с традиционными методами (экскохлеация + аутопластика) и получить хорошие функциональные результаты;

современные методы диагностики (МСКТ, МРТ) позволили дифференцированный подход к определению объёма и характера оперативного вмешательства.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по совершенствованию результатов лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей применением малоинвазивных методов лечения с применением криовоздействия и цементопластики:

разработаны методические рекомендации: «Способы применения малоинвазивных методов лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей», которые внедрены в практическое здравоохранение (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8н-р/161 от 5 июня 2018 года. В методических рекомендациях приведены способы совершенствования и возможности малоинвазивных костно-пластических операций с применением криовоздействия и цементопластики;

результаты научных исследований по совершенствованию хирургического лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей внедрены в практику отделения хирургии опухолей опорно-двигательного аппарата РСНПМЦОиР, Наманганского филиала РСНПМЦОиР.

Апробация результатов исследования. Результаты работы доложены на 7 научно-практических конференциях, в том числе на 4 международных и 3 республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликованы 32 научных работ, в том числе 8 журнальных статей, из них 6 опубликованы в Республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов PhD диссертаций.

Структура и объем диссертации. Структура диссертации состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 107 страниц текста.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и необходимость темы диссертации, определены цель и задачи, объект и предмет исследования, указано соответствие работы важным направлениям развития науки и технологии Республики Узбекистан, а также раскрывается научная новизна, приводятся практические результаты исследования, обоснованы достоверность результа-

тов, указывается их теоретическое и практическое значение, акт внедрения результатов на практике, степень объявленности, информация об опубликованных трудах и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современное состояние диагностики и лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей»** отражен обзор литературы, в которых приводятся сведения о современном состоянии проблемы ГКО, включая описание этиологии, патогенеза, лечения и осложнений, значение в онкологической и травматологической практике, а также терминологии и классификации данной патологии.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика клинического материала, материалы и методы исследования»** приведены данные исследования 247 пациентов с диагнозом гигантоклеточная опухоль трубчатых костей, которые обследовались и лечились в отделении хирургии опухолей опорно-двигательного аппарата Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, в Ташкентском городском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, в Наманганском областном филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии МЗ РУз с 2005 по 2018 годы. Из 247 больных мужчин было 109 (44,1%), женщин 138 (55,9%). Возраст больных колебался от 14 до 70 лет, в среднем составил – 28,6 лет. Больных в возрасте до 18 лет было 17 (6,9%), из которых 9 (52,9%) были мужского пола и 8 (47,1%) женского пола. Основное количество больных были в возрасте до 25 лет (124), среди которых 69 (55,6%) больных женского пола и 55 (44,4%) мужского пола. В большинстве случаев опухоль локализовалась в бедренной (34,4%) и большеберцовой костях (34,4%), реже в плечевой кости (7,7%) и в лучевой (4,5%) костях, а также в костях стопы (3,2%) и малоберцовой кости (2,4%). Необходимо отметить, что из 247 больных 125 (50,6%) своё заболевание связывали с полученными различными видами травм.

При поступлении в клинику (онкологическое учреждение) из 247 больных 223 (90,3%) обратились с наличием первичной опухоли и 24 (9,7%) больных с рецидивной опухолью.

Для уточнения степени и характера протяженности опухолевого процесса всем больным проведены клинко-рентгенологические исследования, при необходимости включая МСКТ, МРТ и сцинтиграфию костей скелета.

Согласно классификации Campanacci исследуемые нами больные распределены следующим образом: Grade I - 35 больных (14,2%), Grade II - 183 (74,1%) и Grade III - 29 случаев (11,7%). Распределение больных по градациям имеет важное значение для выбора тактики лечения и прогноза заболевания.

В наших наблюдениях из 247 больных у 163 (66,0%) отмечено повреждение эпиметафизарного отдела, у 33 (13,4%) больных поражение метадиафизарного отдела и у 9 (3,6%) поражение диафизарного отдела кости.

КТ исследование опухоли проведено 133 (53,8%) больным. В зависимо-

сти от объёма и характера опухолевого процесса, а также вариантов оперативного вмешательства все больные распределены на 3 группы: 1-я группа: эксскохлеация и аутопластика – 53 больных (контрольная группа); 2-я группа: эксскохлеация и цементоластика - 156 больных; 3-я группа-эксскохлеация, криовоздействие и цементоластика – 38 больных.

В третьей главе диссертации **«Результаты хирургического лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей»** проанализированы результаты хирургического лечения 247 больных с гигантоклеточной опухолью трубчатых костей. В зависимости от стадии и распространенности опухолевого процесса применялись следующие виды хирургического лечения: 1-я группа: эксскохлеация и аутопластика – 53 больных (контрольная группа); 2-я группа: эксскохлеация и цементоластика - 156 больных; 3-я группа-эксскохлеация, криовоздействие и цементоластика - 38 больных. Следует отметить, что средний возраст составил 25,9 лет в контрольной группе, 27,7 лет во второй группе и 27,8 лет в группе больных проведенной эксскохлеация опухоли с последующим криовоздействия и цементопластикой. При поступлении в клинику из 53 больных контрольной группы у 48 (90,6%) опухоль была первичного характера, а у 5 (9,4%) выявлен рецидив опухоли.

В наших наблюдениях из 247 больных у 20 (8%) выполнено органосохраняющее лечение с использованием аутопластики и цементоластики при наличии патологического перелома. При этом в первой группе из 53 больных у 7 (13,2%) выполнена операция эксскохлеация + аутопластика, из 156 больных у 10 (6,4%) – эксскохлеация + цементоластика и из 38 больных у 3 (7,8%) – эксскохлеация + криовоздействие + цементоластика. При патологических переломах в большинстве случаев показано оперативное вмешательство в объеме эксскохлеация с аутопластикой, особенно при локализации опухоли в мелких трубчатых костях стопы и кисти.

Нами был проведен анализ объема оперативного вмешательства в зависимости от размеров опухоли. Этот показатель имеет важное значение для определения тактики лечения, так как при больших размерах опухоли и разрушении кортикального слоя, при наличии патологического перелома эффективность предлагаемого нами вида оперативного вмешательства сомнительна. Поэтому, мы в своей работе большое внимание уделяли этому показателю.

При анализе объема оперативного вмешательства и размера опухоли установлено, что эксскохлеация с аутопластикой выполнена при среднем размере опухоли - 10 см. Из 53 больных размер опухоли до 5 см встречался у 38 (71,7%). При этом следует отметить, что практически у всех больных наблюдалось поражение мелких трубчатых костей кисти и стопы, реже дистального отдела лучевой и локтевой костей. При этом объем полости составил – от 1³см до 2³ см. При локализации опухоли в проксимальном и дистальном отделе бедренной кости, а также в проксимальном отделе большеберцовой кости размер опухоли в среднем составил 10 см. Для больших дефектов при размере более 5 см³, наиболее часто был использован трансплантат из крыла подвздошной кости и фрагмент малоберцовой кости.

Из 247 больных у 126 (51,0%) при наибольшем измерении размер поражения по длине составил до 5 см, у 96 (38,8%) от 6-10 см и у 25(10,1%) более 10 см.

При КТ исследовании ширина опухоли в среднем составила 4,3 см; 4,1 см и 5,0 см, а также длина опухоли в среднем составила 5,2 см; 6,6 см и 4,9 см соответственно по группам. При этом выявлен интересный факт, что прорастание в сосудисто-нервный пучок при КТ обнаружено только у 1 больного во II группе, тогда как при УЗИ у 2 из 17 больных и у 6 из 18 больных I и II группы, соответственно выявлено поражение локальных сосудов. Эти данные еще раз доказывают, что при КТ исследовании можно более четко описать характеристику локализации опухоли, протяженности поражения, поражения кортикального слоя, костного мозга, окружающей ткани и состояния суставной поверхности, чем при ультразвуковом исследовании.

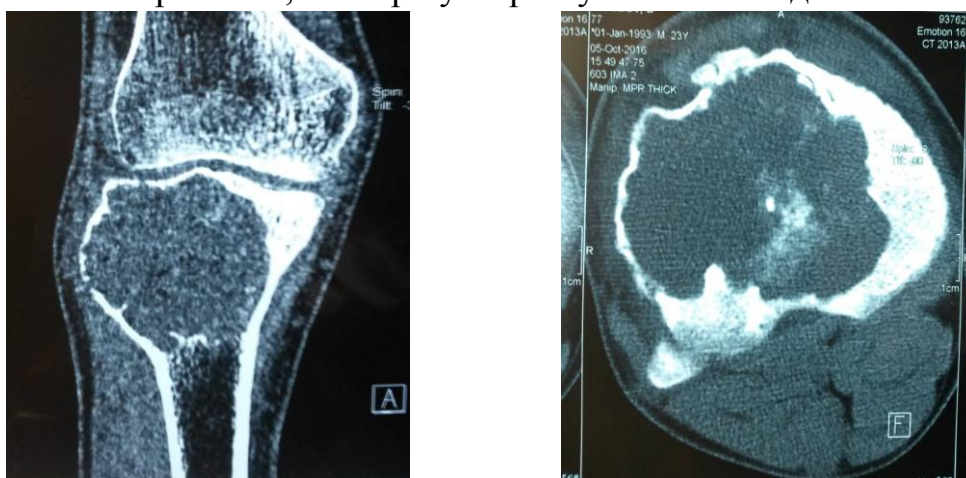


Рис. 1. МСКТ правого коленного сустава: Больной К.Д. 23 г., Д/з – ГКО правого коленного сустава.

Всем больным проведено гистологическое исследование опухоли. Из 247 больных у 228 (92,3%) выявлен доброкачественный вариант, у 16 (6,5%) первично-злокачественный и у 3 (1,2%) вторично-злокачественный вариант ГКО.

При анализе характера оперативного вмешательства в зависимости от гистологической структуры опухоли установлено, что в группе больных с операцией экскохлеация с аутопластикой из 53 больных у 48 (90,6%) выявлена доброкачественная форма ГКО, у 4 (7,5%) первично-злокачественная ГКО и у 1 (1,9%) вторично-злокачественная форма опухоли.

Во второй группе из 156 больных у 147 (94,2%) была выявлена доброкачественная ГКО, у 7(4,5%) первично-злокачественная ГКО и у 2 (1,3%) больного вторично-злокачественная ГКО.

В третьей группе из 38 больных у 35 (92,1%) выявлен доброкачественный вариант опухоли, у 3 (7,9%) больных первично-злокачественная ГКО и ни у одного больного не выявлен вторично-злокачественный вариант опухоли.

Злокачественный вариант опухоли чаще встречался у больных первой лечебной группы (экскохлеация +аутопластика) и в третьей лечебной группе

(экскохлеация + криовоздействие + цементопластика). Это необходимо учитывать при изучении частоты рецидивов и метастазов опухоли в отдельных лечебных группах.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что первично-злокачественный вариант ГКО встречается чаще, чем вторично-злокачественный вариант.

При анализе объема оперативного вмешательства в зависимости от состояния кортикального слоя кости по классификации Кампаначчи и соавт, установлено, что первая степень поражения кости в большинстве случаев (31,6%) зарегистрирована в III группе больных (экскохлеация, криовоздействия и цементопластики), по сравнению с I группой - экскохлеация и аутопластика (13,2%) и II группой - экскохлеация с цементопластикой (10,2%). При сравнении этих показателей получены статистически достоверные различия ($P \leq 0,05$).

При второй степени поражения кортикального слоя в первой группе больных показатель составил 66,0%, во второй группе 80,1% и в третьей группе 60,5%. Значимых различий в показателях получен при сравнении первой группы с третьей ($P < 0,05$).

При третьей степени поражения кортикального слоя в первой группе больных этот показатель был равен 20,8%, а во второй группе составил 9,6% ($P < 0,05$) и в третьей группе 7,9%.

В наших наблюдениях для оценки функционального состояния оперированной конечности использована шкала ассоциации Европейской скелетно-мышечной системы (1986, EMSOS). При этом из 247 больных у 221 (89,5%) получены отличные и хорошие функциональные результаты.

Анализ функциональных результатов конечности после проведенных операций показал, что у больных после операции экскохлеация с аутопластикой из 53 больных у 22 (41,5%) получены отличные функциональные результаты в виде полного восстановления всех функций конечности. У 15 (28,3%) больных отмечены хорошие и у 15 (28,3%) больных удовлетворительные функциональные результаты. Только у 1 (1,9%) больного неудовлетворительные функциональные результаты. В этой группе функциональные результаты после операций оказались хуже, чем в группе с использованием цементопластики и криовоздействия.

В группе больных после операции экскохлеация и цементопластика из 156 больных у 116 (74,4%) получены отличные функциональные результаты, у 32 (20,5%) хорошие и у 7 (4,5%) удовлетворительные функциональные результаты. Только в 1 (0,6%) случае отмечен неудовлетворительный результат.

В 3-группе больных, которым произведена операция экскохлеация, криовоздействие и цементопластика, из 38 больных у 31 (81,6%) получены отличные результаты с восстановлением функции и опороспособности конечности. У 5 (13,1%) больных из этой группы получены хорошие и у 2 (5,3%) удовлетворительные функциональные результаты. Неудовлетвори-

тельные функциональные результаты не отмечены.

Это еще раз доказывает, что применение криовоздействия и медицинского костного цемента в хирургическом лечении гигантоклеточной опухоли трубчатых костей позволит получить отличные и хорошие функциональные результаты больше, чем без применения этих методов.

Осложнения после различных вариантов оперативных вмешательств при ГКО трубчатых костей зависит от характера и распространения опухолевого процесса, вовлеченности окружающей ткани в опухолевой процесс, от объема операции и ведения послеоперационного периода. В наших наблюдениях проанализированы все возможные варианты осложнений в трех лечебных группах. Все виды осложнений разделены на гнойно-воспалительные и ортопедического характера.

В группе больных после операции экскохлеации с аутопластикой из 53 больных у 17 (32%) отмечены различного рода осложнения. При этом у 4(7,5%) пациентов при рентгенологическом исследовании выявлен остеомиелит кости, у 3 больных (5,7%) свищ в области послеоперационного рубца и у 4 (7,5%) перелом кости. Как видно из представленных данных, в этой группе больных больше превалировал гнойно-воспалительный процесс по сравнению ортопедическими осложнениями.

Во второй лечебной группе после операции экскохлеации с цементапластикой из 156 больных у 11(7%) отмечены осложнения: в виде некроза кожи у 3 больных (1,9%), образования свища в области послеоперационного рубца у 3 больных (1,9%) и у 5 (3,2%) больных отмечен перелом кости в проекции опухоли.

В третьей группе больных после операции экскохлеации, криовоздействия и цементапластики из 38 больных у 2 (5,2%) отмечены осложнения: остеомиелит у 1 больного (2,6%) и перелом кости у 1 больного (2,6%).

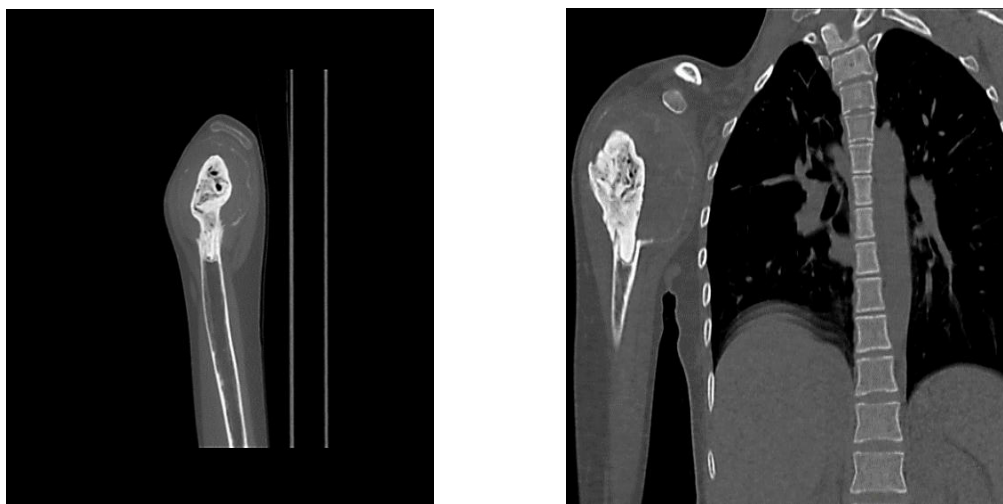


Рис.2. Больная О.Н., 32 г., Д/з: ГКО проксимального отдела правой плечевой кости., СПО экскохлеации и цементапластики (2014 г). Рецидив (2018 г) с патологическим переломом.

При анализе послеоперационных осложнений установлено, что наиболее высокая частота послеоперационных осложнений отмечается после операции эксскохлеации с аутопластикой (32%) по сравнению с операцией эксскохлеация с цементопластикой (7%) и эксскохлеация, криовоздействие и цементопластика (5,2%).

Одним из важных осложнений после операции являются ортопедические осложнения в виде перелома кости в проекции опухолевого процесса. Как видно из вышеперечисленных осложнений, после операции эксскохлеация с аутопластикой этот вид осложнения составил 7,5%, после операции эксскохлеации и цементопластики 3,2% и после операции эксскохлеации, криовоздействия и цементопластики 2,6%.

Это говорит о том, что разработанные нами методы лечения позволяют уменьшить не только гнойно-воспалительные осложнения, но и ортопедические.

В случаях патологического перелома больным в группе после операции эксскохлеации и аутопластики, эксскохлеации и цементопластики и эксскохлеация, криовоздействия и цементопластики произведены сегментарные резекции кости с последующим выполнением реконструктивно-пластических операций.

В четвертой главе диссертации **«Частота рецидивов и метастазов после хирургических методов лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей»** освещен анализ частоты рецидивов с учетом клинических, рентгенологических и морфологических признаков гигантоклеточной опухоли трубчатых костей. В наших исследованиях все больные находились под наблюдением от 6 месяцев до 13 лет. При этом проведен статистический анализ с учетом вышеуказанных признаков опухоли и объема выполненных оперативных вмешательств. Как показали результаты анализа, после операции эксскохлеация с аутопластикой из 53 больных у 11 (20,7%) возник рецидив опухоли. Из 11 больных у 9 рецидив отмечен один раз и у 2 больных два раза. В группе больных после операции эксскохлеация с цементопластикой из 156 больных у 15 (9,6%) выявлен рецидив опухоли. Из 15 больных у 2 отмечен повторный рецидив опухоли. В группе больных после операции эксскохлеация, криовоздействие с цементопластикой из 38 больных у 2 (5,2%) возник рецидив опухоли. Сроки появления рецидивов составили от 6 до 21 месяцев. При этом у больных первой группы рецидив опухоли возник в среднем через 7,5 месяцев, во второй группе время возникновения рецидива в среднем составил 13,6 месяцев и в третьей группе больных 17,6 месяцев.

При изучении частоты рецидива опухоли установлено, что при ГКО трубчатых костей среди мужчин и женщин практически не отличалась и соответствовала 12 (11%) и 16 (11,6%). Нужно отметить, что в группе больных после операции эксскохлеация с аутопластикой рецидив опухоли среди женщин возник значительно больше - 63,6%, чем среди мужчин - 36,4%. При сравнении показателей получены статистически значимые различия ($P \leq 0,05$). Во 2 группе больных после операции эксскохлеации с цементопластикой ча-

стота рецидивов незначительно была выше среди женщин – 53,3%, чем среди мужчин - 46,7%. Но при сравнении этих показателей достоверных различий не получено ($P \geq 0,05$). В 3 группе больных после операции экскохлеации, криовоздействия и цементопластики особые различия в частоте возникновения рецидивов среди мужчин и женщин не наблюдался – $50,0 \pm 9,45\%$ и $50,0 \pm 9,45\%$ соответственно.

Изучение частоты рецидива опухоли в различных возрастных группах больных с ГКО показало, что после операции экскохлеации с аутопластикой рецидив опухоли в основном встречался в возрастной группе 16-20 лет $18,2 \pm 7,29\%$ случаев и у лиц старше 25 лет $-81,8 \pm 7,29\%$. При сравнении этих двух возрастных групп данные имели статистические различия ($P \leq 0,05$). Это показатель необходимо учитывать при определении тактики лечения и прогнозирования ГКО трубчатых костей.

У больных ГКО трубчатых костей показало, что после операции экскохлеации с цементопластикой среди больных старше 25 лет частота рецидивов была значительно выше, чем в других возрастных группах – 46,7%, но данные статистически не достоверны при сравнении с другими возрастными группами ($P \geq 0,05$). В третьей лечебной группе особых различий при сравнении возрастных групп не получено.

В группе больных после операции экскохлеации с аутопластикой в равной степени выявлен рецидив опухоли при локализации опухоли в большеберцовой и бедренной кости – 36,4 и 36,4% соответственно. Самый низкий показатель рецидива опухоли зарегистрирован при локализации опухоли в малых трубчатых костях стопы - 9,1%. При сравнении этих двух групп получены статистически значимые различия ($P < 0,05$). В отличие от первой группы после операции экскохлеации и цементопластики высокая частота рецидивов получена при локализации опухоли в большеберцовой кости - 46,7% по сравнению с локализацией опухоли в локтевой кости - 13,3% и лучевой кости 6,7%. При сравнении этих двух локализаций с большеберцовой костью получены достоверные различия ($P \leq 0,05$).

В группе больных после операции экскохлеации, криовоздействия и цементопластики при сравнении локализации опухоли и частоты рецидива особые статистические различия не получены ($P \geq 0,05$). Как видно из представленных данных, что локализация опухоли имеет существенное значение при изучении частоты рецидива опухоли, особенно это касается при локализации опухоли в большеберцовой и бедренной кости, где отмечается высокая частота. С меньшей вероятностью рецидив опухоли возникает независимо от вида операции в лучевой и локтевой костях, а также в малых трубчатых костях стопы. Это необходимо учитывать при определении тактики лечения и прогнозе ГКО трубчатых костей.

В наших наблюдениях при анализе частоты рецидива опухоли в зависимости от уровня пораженного сегмента установлено, что высокая частота рецидива опухоли во всех лечебных группах зарегистрирована при локализации опухоли в дистальном эпиметафизарном отделе кости – 72,7%, 40,0% и

50,0% соответственно. Значительно низкие показатели рецидива опухоли выявлены при локализации опухоли в проксимальном эпифизе трубчатых костей. При сравнении этих двух локализаций сегмента кости отмечено статистически незначимые различия ($P>0,05$).

После операции экскохлеации с аутопластикой при истончении кортикального слоя трубчатой кости рецидив опухоли зарегистрирован в 81,8% случаев, после операции экскохлеации и цементапластики в 73,3% и после операции экскохлеации, криовоздействия и цементапластики в 100% случаев.

При изучении частоты рецидива опухоли в зависимости от перелома трубчатой кости при ГКО установлено, что из 20 больных с патологическим переломом у 3 (15%) выявлен рецидив опухоли после различных видов операций. При этом в первой лечебной группе частота рецидива опухоли составила 14,3%, во второй лечебной группе 20%. В третьей лечебной группе рецидив опухоли не наблюдался.

Проведенный анализ частоты рецидива опухоли в зависимости от гистологических вариантов ГКО показал, что в первой лечебной группе из 53 больных у 11 (20,7%) отмечен рецидив опухоли. При этом доброкачественный вариант ГКО зарегистрирован у 7 больных (63,6%), первично-злокачественная ГКО у 4 (36,4%) и при вторично-злокачественной ГКО рецидив опухоли не выявлен.

После операции экскохлеации и цементапластики из 156 больных у 15 (9,6%) выявлен рецидив опухоли. При этом из 15 больных у 11 (73,3%) выявлен ДГКО, у 3 (20%) ПЗ вариант и у 1 (6,7%) больного вторично-злокачественный вариант ГКО.

После операции в третьей лечебной группе из 38 больных у 2 (5,3%) зарегистрирован рецидив опухоли.

При анализе частоты рецидива опухоли установлено, что из 247 больных 223 (90,3%) в онкологические учреждения поступили с первичной опухолью и 24 (9,7%) с рецидивной опухолью. Из 24 больных с рецидивной опухолью у 8 (36,4%) отмечен повторный рецидив после соответствующих операций. Это еще раз говорит о неблагоприятном течении и исходе рецидивных опухолей.

При анализе полученных данных, у 7 (2,8%) из 247 больных были выявлены отдаленные метастазы. Эти метастазы возникли в 2 (3,8%) случаях в первой группе больных после операции экскохлеации и аутопластики; в 4 (2,6%) случаях во второй группе после операции экскохлеация+ цементапластика и в 1 (2,6%) случае в третьей группе больных после операции экскохлеация, криовоздействие и цементапластика. Самыми излюбленными локализациями метастазов являлись легкие - 5 случаев (71,4%) из 7, а также печень 2 (28,6%) случаев.

При изучении метастазов в зависимости от характера опухоли были выявлены метастазы ГКО у 3 (1,34%) из 223 (100%) больных с первичной опухолью и у 4 (16,7%) из 24 (100%) больных с рецидивной опухолью.

Изучение взаимосвязи между полом, возрастом и метастазом показала, что частота метастазов была значительно больше у больных женского пола (4) в 1 и 2 группах, чем мужского пола (2) во всех лечебных группах. При этом, можно предполагать, что пол больных может повлиять на частоту возникновения метастазов опухоли. В возрасте старше 25 лет во всех лечебных группах отмечены метастазы опухоли по сравнению с другими возрастными группами.

В первой лечебной группе из 53 больных у 2 (3,8%), во второй группе из 156 больных у 4 (2,7%) и в третьей группе из 38 больных у 1 (2,6%) выявлены отдаленные метастазы.

В наших наблюдениях рецидив опухоли после различных вариантов хирургического вмешательства из 247 больных зарегистрирован у 28 (11,3%) больных. При этом в первой лечебной группе из 53 больных у 11 (20,7%) выявлен рецидив опухоли, во второй лечебной группе из 156 больных у 15 (9,6%) и в третьей лечебной группе из 38 больных у 2 (5,2%).

Сроки появления рецидивов составили в среднем в первой группе 7,5 месяцев, во второй группе 12,3 месяцев и в третьей группе 17,5 месяцев. Рецидив опухоли имел единичный характер с повреждением костной структуры и в некоторых случаях окружающих мягких тканей. Местное распространение рецидивной опухоли оценено методом клинического осмотра и обследования, рентгенологического исследования, ультразвукового исследования, МСКТ и МРТ. Диагноз морфологически верифицирован цитологическим или гистологическим методом исследования. Следует отметить, что лечение рецидивной опухоли во многом зависело от своевременного обращения больных и повреждения окружающих тканей.

Из 28 больных с рецидивной опухолью из-за распространенности у 8(28,6%) больных не удалось сохранить конечность и выполнены калечащие операции. Как видно из представленных данных в таблице 4.9 нами проведен анализ методов лечения рецидивной опухоли при ГКО трубчатых костей.

После операции экскохлеации и аутопластики рецидив опухоли наблюдался у 11 (20,7%) больных. Методы лечения рецидивных опухолей в этой группе больных характеризовались следующим образом: из 11 больных у 1 произведена сегментарная резекция кости с удалением рецидивной опухоли с последующим эндопротезированием конечности, у 1 больного сегментарная резекция с установлением аппарата КДО Илизарова, у 8 больных после удаления рецидивной опухоли и фрагментов аутокости выполнена операция экскохлеация с цементопластикой и у 1 больного выполнена ампутация конечности.

Во второй лечебной группе после операции экскохлеации и цементопластики рецидив опухоли наблюдался у 15 (9,6%) больных. Методы лечения рецидивных опухолей в этой группе больных характеризовались следующим образом: из 15 больных у 3 произведена сегментарная резекция кости с удалением рецидивной опухоли с последующим эндопротезированием конечности, у 1 больного сегментарная резекция с установлением аппарата КДО

Илизарова, у 2 больных сегментарная резекция с аутопластикой, у 3 больных после удаления рецидивной опухоли и фрагментов костного цемента выполнена операция экскохлеация с цементопластикой, у 2 больных выполнена ампутация конечности, у 2 больных экзартикуляция пальца, у 1 больного гемипельвэктомия и у 1 больного межлопаточно-грудная ампутация.

В третьей группе из 38 больных у 2 (5,2%) выявлен рецидив опухоли. При этом из 2 больных у 1 произведена операция сегментарная резекция кости с аутопластикой и у 1 больного ампутация конечности.

При анализе причин рецидива опухоли и характера оперативных вмешательств установлено, что в наших наблюдениях сегментарная резекция кости с иссечением окружающих мягких тканей выполнена у 8 больных.



До операции



После операции

Рис. 3. Больная А.М., 48 лет, д/з: Гигантоклеточная опухоль дистального отдела левой лучевой кости с мягкотканым компонентом и патологическим переломом

Оперативные вмешательства в объеме экскохлеации и аутопластики выполнены у 11 больных. При распределении по лечебным группам выяснилось, что этот вид операции произведен после операции экскохлеации и аутопластики у 8 больных и у 3 больных после операции экскохлеации и цементопластики. Анализ лечения метастазов ГКО в отдаленные органы показал, что из 247 больных у 7 (2,8%) выявлены отдаленные метастазы. Метастазы у 2 больных выявлены после операции экскохлеации и аутопластики, у 4 после операции экскохлеации и цементопластики и у 1 после операции экскохлеации, криовоздействия с цементопластикой.

Из 7 больных с отдаленными метастазами ГКО у 2 проведено химиотерапевтическое лечение, а в остальных 5 случаях из-за распространенности опухолевого процесса рекомендовано симптоматическое лечение.

Все больные с ГКО трубчатых костей находились под наблюдением, сроки которой составили от 6 месяцев до 13 лет. За это время 7 больных

умерли от отдаленных метастазов, остальные больные находятся под наблюдением до настоящего времени.

В пятой главе представлен **«Разработка алгоритма диагностики и лечения малоинвазивного хирургического лечения при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей»**. Для полноценного обследования больного нами составлен кодификатор состоящий из 93 признаков, который включал комплекс признаков отражающих клинико-рентгенологические, морфологические, лечебные мероприятия и исход заболевания. На основании статистической обработки полученных данных нами разработан алгоритм диагностики и лечения ГКО. При этом мы большое внимание уделяли следующим аспектам:

- диагностический раздел алгоритма основывается на данных клинико-рентгенологических и морфологических исследований до операции с гистологическим подтверждением диагноза;

- проведение дифференциально-диагностического анализа должно осуществляться с соблюдением определенной последовательности основных этапов алгоритма;

- лечебная тактика должна быть выбрана с учетом степени распространения опухоли, рентгенологической картины и гистологической структуры опухоли;

- лечебная тактика должна быть органосохраняющего характера с использованием малоинвазивных методов лечения;

- лечебная тактика должна быть направлена на максимальное уменьшение послеоперационных осложнений и частоты рецидива опухоли;

- хирургическое лечение направлено на сохранение конечности с использованием криовоздействия и цементапластики, которые оказались безвредными для организма больного;

- разработанный лечебно-диагностический алгоритм включает подход к лечению при возникновении рецидива опухоли при ГКО трубчатых костей;

На основании статистического анализа изучены возможности, преимущества и недостатки примененных методов диагностики и лечения соответственно требованиям доказательной медицины и это являлось основой в разработке лечебно-диагностического алгоритма.

Разработанный нами алгоритм (рис. 3) является вариантом диагностических и лечебных мероприятий исходя из полученных результатов нашего исследования. Поэтому не является абсолютным в лечении ГКО трубчатых костей. Предложенный алгоритм позволил разработать дифференцированный подход к применению различных вариантов оперативного вмешательства при ГКО трубчатых костей. При локализации опухоли в мелких трубчатых костях при доброкачественных гистологических вариантах опухоли выполнение эксхонлеации и аутопластики является целесообразным, частота рецидивов опухоли не превышает показатель других лечебных групп (цементопластика, криовоздействие + цементопластика). Но при этом важное значение имело местное распространение опухоли с истончением и/или разруше-

нием кортикального слоя, при котором нецелесообразно выполнение операции эксскохлеации с аутопластикой. При выполнении этого вида операции частота рецидивов может увеличиваться на 32%.

Аналогичные данные получены при локализации опухоли в дистальном отделе лучевой и локтевой кости. При этом высокая частота рецидивов при поражении лучевой кости была обусловлена поражением кортикального слоя кости и его разрушения, а также окружающих мягких тканей. По нашим данным при этой локализации опухоли применение операции эксскохлеации с аутопластикой в 100% случаев дает рецидив опухоли.

Кроме того, частота рецидивов даже при использовании цементапластики и криовоздействия + цементапластики значительно больше, чем при других локализациях опухоли. Это необходимо учитывать при определении тактики лечения. Полученные результаты лечения рецидивов опухоли свидетельствуют об этом, где в большинстве случаев сегментарная резекция с эндопротезированием или аутопластикой была выполнена при этой локализации опухоли. Изучение экономических характеристик выполненных оперативных вмешательств показал, что применение криовоздействия и цементапластики сокращает постоперационный реабилитационный период в среднем на 6,1 день в сравнении с группой после аутопластики. Стоимость 1 койко-дня составляет 80 700 сум, количество больных которым проведена цементапластика 194. Следовательно, при проведении данной малоинвазивной операции у 194 пациентов за 1 день пребывания в стационаре было сэкономлено $194 \times 80700 = 15\,655\,800$ сумов, которое за 6,1 сэкономленных койко-дней составило 95 500 380 сумов.

ВЫВОДЫ

1. Органосохраняющее лечение с применением криовоздействия и цементапластики показано при различных гистологических вариантах и рентгенологической картины опухоли с поражением кортикального слоя не более 1/2, без повреждения сосудисто-нервного пучка и суставной поверхности кости. Противопоказаниями к применению криовоздействия и цементапластики при ГКО трубчатых костей являются Grade III поражение со значительной корковой деструкцией и поражением кровеносных сосудов или нерва согласно классификации Campanacci, значительное повреждение мягких тканей окружающих тканей, близлежащего сустава, поражение более 2/3 кортикального слоя кости, патологический перелом с поражением мягких тканей, поражение суставной поверхности кости, наличие местного очага острой или хронической инфекции.

2. Применение криовоздействия и цементапластики в хирургическом лечении ГКО трубчатых костей позволяет провести органосохраняющее лечение с уменьшением частоты рецидивов по сравнению с традиционными операциями (эксскохлеация + аутопластика) в 4,2 раза, а после эксскохлеации + цементапластики в 2,1 раза.

3. Проведенный сравнительный анализ между хирургическим методом лечения показал, что после операции экскохлеации и аутопластики частота рецидивов опухоли составила- 20,7%, после экскохлеации + цементопластики -9,6% и после экскохлеации +криовоздействие + цементопластика -5,2%. Функциональные результаты конечностей после соответствующих операций были отличными и хорошими – 69,8%, 94,9% и 94,7% соответственно.

4. Анализ частоты осложнений и неблагоприятных результатов в послеоперационном периоде показал, что наиболее высокая частота инфекционных и ортопедических осложнений наблюдались после операции экскохлеации с аутопластикой- 7,5%, после операции экскохлеации и цементопластики -3,2% и после операции экскохлеации, криовоздействия и цементопластики -2,6%. Разработанные нами методы лечения позволяют не только уменьшить гнойно-воспалительные осложнения, но и ортопедические.

5. Предложенный вариант алгоритм диагностики и лечения при ГКО трубчатых костей позволил разработать дифференцированный подход к применению различных вариантов оперативного вмешательства в зависимости от локализации, рентгенологической картины, гистологической структуры опухоли.

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARD SCIENTIFIC DEGREES
DSc.04.12.2018.Tib.77.01 at REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC and
PRACTICAL MEDICAL CENTER OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY**

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL
CENTER OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY**

TOJIBOEV AKMALKHON ABDURAKHMANOVICH

**IMPROVEMENT OF COMPLEX MINIMALLY INVASIVE TREATMENT
OF GIANT CELL TUMOR OF TUBULAR BONES**

14.00.14 – Oncology

**ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PHD) DISSERTATION
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2019

The subject of doctor of philosophy (PhD) dissertation registered by the Supreme Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic Uzbekistan in №B2018.2.PhD/Tib659.

The dissertation has been done in the Republican specialized scientific-practical medical center of oncology and radiology.

Abstract of the doctoral dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific Council (www.cancercenter.uz) and the information-educational portal "ZiyoNet" at (www.ziynet.uz).

- Scientific adviser:** **Gafur-Akhunov Mirza-Ali Aliyorovich,**
doctor of medicine, professor
- Official opponents:** **Yusupbekov Abrorbek Akhmadjanovich,**
doctor of medicine
- Khujanazarov Ilkhom Eshkulovich,**
doctor of medicine
- Leading organisation:** **Federal State Budget Institution of "National Medical Scientific Centre of Oncology named after N.N.Blokhin" (Russian Federation)**

The defense will be take place on « ___ » _____ 2019 at ___ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.04.12.2018.Tib.77.01 at the Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology (Address: 100174, Tashkent c., Farobi str., 383. Phone/fax: (+99871)227-13-27, e-mail: info@ronc.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology (Registration number №___), (Address: 100174, Tashkent c., Farobi str., 383. Phone/fax: (+99871)227-13-27).

Abstract of the dissertation sent out on « _____ » _____ 2019.
(mailing report № _____ on _____ 2019).

M.N. Tillyashaykhov,
Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine, professor

A.A. Adilkhodjayev,
Scientific secretary of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine

M.Kh. Khodjibekov,
Chairman of the scientific seminar at the scientific council to award a scientific degrees, doctor of medicine, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the research work is to improve the treatment results of giant cell tumors of tubular bone with the use of minimally invasive surgical methods.

The object of the research work were 247 patients with giant cell tumor of tubular bones who were treated in the clinics of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology and in the Tashkent city and Namangan regional branches from 2005 to 2018.

The scientific novelty of the research work is following:

there was determined the effectiveness of cryotherapy and cementoplasty in the surgical treatment of giant cell tumor of tubular bones;

there was determined the criteria to plan a surgical intervention method for giant cell tumor of tubular bones taking into account the results of complex research methods as well as indicated the significance of these research methods in determining the state of the cortical part of bone and bone marrow damage and surrounding soft tissue and medical tactics;

evaluated in a comparative aspect the causes of tumor recurrence after organ-preserving bone plastic operations — autoplasty, cementoplasty, and cryotherapy of giant cell tumors of tubular bones;

improved minimally invasive methods of surgical treatment of giant cell tumors of the tubular bones using cryotherapy and cementoplasty.

Introduction of research results. According to the results of a scientific study to improve the results of treatment of a giant cell tumor of tubular bones using minimally invasive methods of treatment using cryotherapy and cementoplasty: methodical recommendations were developed: “Methods of using minimally invasive methods for treating giant cell tumors of tubular bone”, which are introduced into practical health care (reference number 8n-d / 274 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated December 14, 2018). The methodical recommendations show methods and possibilities of minimally invasive operations using cryosurgery and cementoplasty; the results of scientific research on the improvement of surgical treatment of tubular bone giant cell tumors have been introduced into the practice of the Department of Musculoskeletal Tumors of RSSPMCOR, Namangan branch of RSSPMCOR.

Structure and scope of the dissertation. The structure of the thesis consists of an introduction, five chapters, conclusion, practical recommendations, a list of references. The volume of the thesis is 107 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Гафур-Ахунов М. А., Тожибоев А. А., Абдикаримов Х. Г., Исламов У. Ф. Результаты хирургического лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Бюллетень ассоциации врачей. - Ташкент, 2012. - №3. – С. 46-50 (14.00.00; 17)

2. Гафур-Ахунов М. А., Тожибоев А. А., Абдикаримов Х. Г. Сравнительный анализ эффективности костно-пластических операций при лечении гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2014. - №5. – С. 14-17 (14.00.00; 9)

3. Тожибоев А. А., Гафур-Ахунов М. А., Абдикаримов Х. Г. Малоинвазивные методы в хирургическом лечении гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Узбекистон тиббиёт журнали. - Ташкент, 2015. - №4. – С. 52-55 (14.00.00; 9)

4. Тожибоев А. А., Гафур-Ахунов М. А., Абдикаримов Х. Г. Результаты хирургического лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей с применением костного медицинского цемента // Назарий ва клиник тиббиёт журнали. - Ташкент, 2015. - №5. – С. 136-139 (14.00.00; 3)

5. Tadjibayev A. A., Gafur-Akhunov M. A., Abdurakhmonov O. B. // Results of surgical treatment of giant cell tumor of long bones. // American Journal of medicine and medical sciences. - USA, 2015. – No.5. – Vol.3.5. - P. 253-259. (14.00.00; 212).

6. Тожибоев А. А. Гафур-Ахунов М. А. Результаты костно-пластических операций при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2016. - №3. – С. 17-21 (14.00.00; 17)

7. Тожибоев А. А., Гафур-Ахунов М. А. Оптимизация методов хирургического лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Евразийский онкологический журнал. - Беларусь, 2015. – С. 52-59 (14.00.00; 70).

8. Тожибоев А. А. Анализ эффективности малоинвазивного метода лечения при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей. // Клиническая и экспериментальная онкология. - Ташкент, 2018. - №4. – С. 17-22 (14.00.00; 21)

II бўлим (II часть; II part)

9. Тожибоев А. А., Гафур-Ахунов М. А., Абдикаримов Х. Г. Костно-пластические операции в лечении гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // VII съезд онкологов и радиологов СНГ. - Астана, Казахстан, 5-7 сентября 2012. – С. 257.

10. Гафур-Ахунов М. А., Тожибоев А. А., Абдикаримов Х. Г., Болтабоев А. Т. Сравнительный анализ эффективности костно-пластических операций

при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Саркомы костей, мягких тканей и опухолей кожи. – Москва, 2013. - №2.

11. Тожибоев А. А., Абдикаримов Х. Г., Исламов У. Ф. Методологические аспекты костно-пластических операций с использованием медицинского цемента и криовоздействия // Материалы научно-практической конференции. «Актуальные проблемы опухолей опорно-двигательного аппарата и головы-шеи». – Нукус, 2014. – С. 17-18.

12. Тожибоев А. А., Гафур-Ахунов М. А., Исламов У. Ф., Абдикаримов Х. Г. Анализ осложнений после костно-пластических операций с использованием медицинского цемента при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Материалы научно-практической конференции. «Актуальные проблемы опухолей опорно-двигательного аппарата и головы-шеи». – Нукус, 2014. - С. 18.

13. Тожибоев А. А. Рецидив гигантоклеточной опухоли трубчатых костей после хирургического лечения с использованием костного цемента // Материалы научно-практической конференции. «Актуальные проблемы опухолей опорно-двигательного аппарата и головы-шеи». – Нукус, 2014. – С. 18-19.

14. Гафур-Ахунов М. А., Абдикаримов Х. Г., Тожибоев А. А., Исламов У. Ф., Урунбоев С. Д., Давлетов Р. Р., Султонов Б. Б. Анализ эффективности криовоздействия и цементопластики в хирургическом лечении гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Тезисы VIII съезда онкологов и радиологов СНГ и Евразии (Казань, Россия). Евразийский онкологический журнал. – Беларусь, 2014. - №3.

15. Gafur-Ahunov M. A., Xurshid A., Todjiboev A. Giant cell tumor of bone: modern strategy of treatment // E.M.S.O.S. (European Musculo-Skeletal Oncology Society). Athen, Greece, 2015.

16. Gafur-Ahunov M. A., Todjiboev A., Xurshid A., Islamov U., Pulatova J., Urunbaev S. Results of tubular bone giant cell tumor treatment with cement plastics // E.M.S.O.S. (European Musculo-Skeletal Oncology Society). Athen, Greece, 2015.

17. Тожибоев А. А., Исламов У. Ф., Урунбаев С. Д., Гафур-Ахунов М. А. Комбинированное лечение гигантоклеточной опухоли трубчатых костей с использованием медицинского цемента и криовоздействия // Сборник материалов III Конгресса онкологов Узбекистана. – Ташкент, 14-16 мая 2015 года. – С. 51.

18. Гафур-Ахунов М. А., Абдикаримов Х. Г., Тожибоев А. А. Гигантоклеточная опухоль кости: современная стратегия в лечении // Сборник материалов III Конгресса онкологов Узбекистана. – Ташкент, 14-16 мая 2015 года. – С. 59.

19. Гафур-Ахунов М. А., Тожибоев А. А., Абдикаримов Х. Г., Давлетов Р. А., Болтабоев А. Т. Результаты малоинвазивного хирургического метода лечения при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Сборник материалов III Конгресса онкологов Узбекистана. – Ташкент, 14-16 мая 2015 года. – С. 67.

20. Гафур-Ахунов М. А., Тожибоев А. А., Абдикаримов Х. Г., Исломов У. Ф., Полатова Ж. Ш., Уринбоев С. Д. Результаты лечения цементопластикой при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Сборник материалов III Конгресса онкологов Узбекистана. – Ташкент, 14-16 мая 2015 года. – С. 67-68.

21. Тожибоев А. А., Гафур-Ахунов М. А., Абдикаримов Х. Г. Методы хирургического лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Евразийский онкологический журнал. – Беларусь, 2016. - Том 4, №2. – С. 213.

22. Тожибоев А. А., Гафур-Ахунов М. А., Абдикаримов Х. Г. Оптимизация методов хирургического лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Материалы IX съезда онкологов и радиологов СНГ и Евразии. Евразийский онкологический журнал. - Минск, Беларусь, 2015. - Том 4, №2. – С. 213-214.

23. Тожибоев А. А., Абдикаримов Х. Г., Гафур-Ахунов М. А. Осложнения после хирургических вмешательств при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. – Москва, 2017. - №2. – С. 64.

24. Тожибоев А. А., Гафур-Ахунов М. А., Абдикаримов Х. Г., Исламов У. Ф. Некоторые аспекты костно-пластических операций при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Материалы научно-практической конференции онкологов и радиологов Узбекистана. Клиническая и экспериментальная онкология. – Ташкент, 2017. - №1. – С. 33.

25. Gafur-Ahunov M. A., Khurshid G. Abdikarimov, Tojiboev A. A., Ulugbek F. Islamov, Sundr D. Urunbayev, Davletov R. R., Sultonov B. B. The analysis of the cryo influence and cement plastics efficacy in surgical treatment of giant cellular tumor of the cortical bones // Minimal Invasive Surgery. ESSO, Liverpool, 2011, Poster Number 389.

26. Tojiboev A., Gafur-Akhunov M. Combined and complex treatment of the giant cell tumor of the long bones // ESMO ASIA, Singapore. - 2015, Poster №362.

27. Tojiboev Akmalxon, Gafur-Akhunov Mirza, Abdikarimov Khurshid. Cryotherapy and cementoplasty in the surgical treatment of giant cell tumor of long bones. 17th EMSOS nurse and allied professions group meeting, - France, 2016. - 25th, 26th, 27th May, La Baule Congress Center.

28. Nasirov Saidrasul., Tojiboev Akmalxon., Gafur-Akhunov Mirza., Abdikarimov Khurshid. The type of surgical treatment in giant cell tumor of femoral bone. // 17th EMSOS nurse and allied professions group meeting. – France, 2016. - 25th, 26th, 27th May, La Baule Congress Center.

29. Тожибоев А. А. Методы хирургического лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // IX съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. - Минск, Республика Беларусь, 15-17 июня 2016 г.

30. Гафур-Ахунов М. А., Тожибоев А. А. Сравнительный анализ эффективности костно-пластических операций при гигантоклеточной опухоли

трубчатых костей // EESG. Конференция «Саркомы костей, мягких тканей и кожи», - Санкт-Петербург, 27-29 июня 2013 г.

31. Гафур-Ахунов М. А., Тожибоев А. А. Костно-пластические операции в лечении гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы опухолей опорно-двигательного аппарата и головы шеи». - Нукус. 21 ноября 2014 года. – С. 14.00-14.15.

32. Гафур-Ахунов М. А., Тожибоев А. А. Малоинвазивные методы в хирургическом лечении гигантоклеточной опухоли трубчатых костей // III Конгресс онкологов Узбекистана. – Ташкент, 15 мая 2015 года. – С. 17.30-17.45.

Автореферат «Клиник ва экспериментал онкология» журнали таҳририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Бичими 60x84¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитура босма усулида босилди.
Шартли босма табағи: 3,25. Адади 100. Буюртма № 50.

«Тошкент кимё-технология институти» босмахонасида чоп этилди.
100011, Тошкент, Навоий кўчаси, 32-уй.